

平成 28・29 年度

地域包括ケアシステム構築検討委員会答申

「福岡県における多職種連携を推進  
するための具体的方策」について

平成 30 年 2 月

福岡県医師会地域包括ケアシステム構築検討委員会



平成 30 年 2 月 27 日

福岡県医師会

会長 松田 峻一 良様

地域包括ケアシステム構築検討委員会

委員長 矢津 剛

## 答 申

地域包括ケアシステム構築検討委員会では、貴職からの諮問「福岡県における多職種連携を推進するための具体的方策」について鋭意検討してまいりました。この度、委員会の見解を取りまとめましたので答申いたします。

地域包括ケアシステム構築検討委員会

委員長	矢津	剛
委員	青木	穂高
委員	伊藤	純
委員	伊藤	大樹
委員	大群	拓也
委員	刈茅	初支
委員	菊池	仁志
委員	桑野	恭行
委員	小林	功
委員	玉江	司
委員	辻	裕二
委員	寺澤	正壽
委員	富岡	慎一
委員	中菌	泰浩
委員	中村	秀敏
委員	西園	久徳
委員	野口	眞
委員	原	祐一
委員	戸次	鎮史
委員	松田	晋哉
委員	松村	洋

(五十音順)



## 目 次

1	はじめに	1
2	医師・看護連携	5
3	飯塚医師会の多職種連携	8
4	福岡市東区における多職種連携（医師研修も含めて）	13
5	北九州市における多職種・多機関連携の今後の進め方	21
6	街づくりと地域包括ケアの関係	29
7	地域包括ケア、多職種連携におけるICTの役割	34
8	福岡県行政の取組み	36
9	まとめ	42

### 【参考資料】

参考1	平成28年度・29年度福岡県における在宅医療（訪問診療）の現況	49
参考2	福岡県訪問看護ステーション連携強化事業報告書より	71



# 1 はじめに

歴史に類を見ない超高齢社会が進む我が国において、医療提供体制の早急な再構築が求められており、本県においても平成 28 年度より始まった地域医療構想策定会議によって詳細な検討がなされ、2 次医療圏を基本とした構想が平成 29 年 3 月に公布された。さらに、この構想を受け、平成 29 年度より地域医療構想調整会議が行われ、平成 30 年度からは第 7 次保健医療計画、第 7 期介護保険事業計画がスタートする。

しかしながら、地域医療構想策定の中では主に入院医療の再構築が議論されてはきたが、その受け皿となる在宅医療や地域包括ケアシステムについての議論、検討は十分とは言えず、また新類型である「介護医療院」への療養病床からの転換計画や、比較的軽症といわれる入院患者の外来や在宅医療への誘導による在宅医療の追加的需要量などは国からその指針が示されたものの不明確な部分も多く、地域における今後の医療・介護の整備計画等については流動的なままの第 7 次保健医療計画、第 7 期介護保険事業計画のスタートになる。さらに、平成 30 年度には、全ての市町村で、介護保険の地域支援事業に位置付けられた在宅医療・介護連携推進事業の実施が義務付けられているが、小規模の市町村でこれらの条件を勘案しながら今後の整備目標を立て、多職種連携を推進することには相当の困難が伴うことも予想され、可能な範囲で県行政や県医師会が支援することが必要である。

このような中、会長諮問の「福岡県における多職種連携を推進するための具体的方策」は、地域医療構想の中で最後の受け皿となる地域包括ケアシステムが過不足なく、そして、さらに良質なシステムになるための具体的方策を問われたものであり、それに沿って平成 28 年度より 4 回の委員会を開催し、鋭意検討し答申を取りまとめた。

なお、本県における在宅医療の現況については、平成 24 年度より県行政が在宅医療に係る現状と課題を把握するために、在宅療養支援診療所（以下「在支診」）・在宅療養支援病院（以下「在支病」）に対し毎年調査を実施していたが、県医師会からの提案も踏まえ、平成 28 及び 29 年度は在宅時医学総合管理料

（以下「在医総管」）及び施設入居時等医学総合管理料（以下「施設総管」）届出施設まで対象範囲を拡げ詳細な調査検討を行った。この結果については、「福岡県における在宅医療の現況」としてまとめてあり、参考資料として添付しているのでそちらを参照されたい。また、県行政が福岡県訪問看護ステーション連絡協議会（会長：松田峻一良）に事業実施主体として委託、及び福岡県立大

学看護学部にアドバイザー契約として委託された平成 28 年度福岡県訪問看護ステーション連携強化事業（県委託事業）報告書に議論を進める上で大変興味ある調査結果が示されており、これも合わせて参考資料として添付したので参照されたい。

#### 1) 福岡県における在宅医療の現況

平成 29 年 6 月の県医師会及び県行政の調査において、本県における在宅医療、特に訪問診療を受けている患者は、862 か所の在支診・在支病及び 431 か所の在医総管・施設総管届出施設で 28,001 人（全数推計 31,256 人）である。その内訳をみると自宅（居宅）で訪問診療を受けている患者は 26.6%、サービス付高齢者向け住宅（サ高住）、老人ホーム及びグループホームなどの居住系施設が 68.8%、介護老人福祉施設（特養）、介護老人保健施設（老健）、介護療養型医療施設（療養病床）の介護保険関連 3 施設が 4.6%であり、在宅医療の首座は主に居住系施設に移っている。また、県行政による平成 24 年度以降の調査では地域によっては高齢者が増えているにもかかわらず訪問診療数が減少しているところもみられること、さらに高齢者人口比で比べてみても、国が示した NDB（住所地ベース）からの本県における平成 29 年度の在宅医療推計値と今回の現況調査（医療所在地ベース）からの推計値比較で、福岡・糸島医療圏が住所地ベースの現況調査でより突出して多いことを勘案すると、訪問診療対象者が都市部に移りつつあることが強く示唆される。

他方、2025 年さらには 75 歳以上の人口がピークを迎える 2040 年に向け、人口推計からは本県においては高齢者の在宅医療は現状より 70~80%の需要増が見込まれ、2025 年には現在より約 8,000~10,000 人増やさなければならないと思われる。ただ、地域によりその動向は大きく異なっており、すでに高齢者人口のピークを迎えつつある地域もある一方、都市部は現状の 2~2.5 倍の需要が見込まれ、地域により今後の整備計画は大きく異なる。また、国の指針に基づき、本県での需要予測が出されているが、これはあくまで住所地ベースでの需要予測であり、医療機関ベースでの予測と大きく異なる地域もみられ、今後は年次的に在宅医療の推移を見ながら整備計画を立てなければならない。

また、地域包括ケアシステム構築の要である人材については、都市部では医師数そのものが不足している、医師の在宅医療への新規参入が増えない、現在在宅医療を担っている医師がすでに高齢であり地域によっては在宅を担当する医師が今後減少するなど問題は多い。さらには在宅医療の要である訪問看護師や、ヘルパーなど介護職も、日本全体の人手不足の影響で、今後十分な人員を確保することはかなり困難になることも予想される。



このような状況の中今後は、

- (1) 地域の在宅医療の需要予測を立て、それに沿って地域ごとの在宅医療体制整備計画を立てる。
- (2) 在宅医療の首座は集合住宅系施設に移っており、適切な地域包括ケアシステム構築のためにも、地域ごとに過不足のない施設の整備計画を立てる。
- (3) また、施設在宅を充実させることは人手不足への解決策の一助となり得るが、基本は同じでも、閉鎖的になりがちな施設での在宅医療は、自宅在宅とは異なる対応も求められており、包括ケアの質を担保するためにも、施設との新たな連携システム構築が必要である。
- (4) 病院から在宅医療への縦割り一方通行的ではなく、病院、診療所、施設、自宅が水平有機的に連携し、在宅＝自宅にこだわることなく、患者や家族が望む在宅医療を選択できる地域包括ケアシステムを構築する。
- (5) 急変時や災害時の対応を考慮し、本県においてはとびうめネットの登録活用をさらに推進する。
- (6) 現在行われている従来からの地域包括ケアシステム推進策はさらに強化させるとともに、今後増えてくるであろう、独居、老老介護、第三者の介入拒否等処遇困難例への対応のノウハウを多職種間で蓄積、共有する。等々が必要となってくると思われる。

## 2) 在宅看取り

在宅医療の拡がりにより在宅看取りは全国的に増えてはいるが、その多くは施設での看取りであり、本県においても同様の傾向がみられ、現状では自宅での看取りはほとんど増えていない。なお、平成 29 年度の在宅医療現況調査の結果では、平成 28 年度 1 年間の在宅看取り数は約 3,300 人で、そのうち自宅での看取りは 1,600 人余り、高齢者住宅での看取りが 1,360 人余り、介護保険高齢者 3 施設で 330 人となっている。

平成 23 年の県政モニターアンケート調査では県民の 85%以上が終末期を「自宅で療養したい」と回答、しかし、そのうち 60%以上は、最期まで自宅での療養は困難であると考えている。同様に平成 29 年度の県政モニターアンケート調査でも、県民の 58%が自宅で最後を迎えたいと思っているものの、そのうち 56%は実現が難しいと回答しており、自宅での療養、看取りに対する希望は根強く残ってはいるが徐々に減りつつあることが見て取れる。その理由の 1、2 位は自宅での介護力の問題、3 位が経済力の問題で、4、5 位が医療に関する

る問題である。このように看取りの首座も施設に移りつつあるのは主に介護力や経済力不足に起因しており、医療、介護の充実はもとより、経済力や介護力不足を同時に解決していかない限り、まだまだ自宅での看取りは患者やその家族にとってハードルが高いままになっていくと言わざるを得ない。しかしながら、逆に介護力や経済力不足が解決できれば、半数以上の県民が自宅での最期を希望しており、自宅か施設かではなく、県民が望む場所で看取りが行えるようシステムを構築すべきことに異論はない。

このように今後多死社会を向かえるにあたり、増え続ける看取りをどうしていくのか、そして社会情勢によっては患者や家族の望む場所での看取りはますます困難となってくることも考えられ、在宅医療の需要予測とともに、地域ごとの看取り数予測を立て、具体的にどこでどのくらい、そしてどのように看取っていくのかを地域で共有することも必要となってくると思われる。

### 3) 小児の地域包括ケアシステム

小児在宅医療に関しては、医療の進歩により重症心身障がい児のほか人工呼吸器装着など在宅で医療的ケアが持続して必要な小児は急増しており、NICUを含め限られた小児入院医療を圧迫している。また、在宅医療を受けている小児も成人となり小児医療から成人医療へ移行しなくてはならない。国の調査によると、医療的ケア児は現在国内に約 17,000 人、県内では 500～600 人いると推測されており、今回の在宅医療現況調査では、総訪問診療数 28,001 人のうち、15 歳未満の小児が 123 人、15 歳以上 19 歳以下が 42 人であり、訪問診療を提供している施設は 34 か所であった。本県では現在、九州大学病院を中心に拠点事業として小児在宅医療の推進が行われているが、在宅医療を担う小児科医が少数であることや、成人に達した後の受け皿が整備されていない、医療的ケア児の教育をどうするかなど課題は山積している。今後は、高齢者の在宅医療同様、本県における小児在宅医療の実態を充分把握し、急変時やレスパイト入院を含む二次病院の整備、成人後の受け皿の整備など、県全体をブロック化、拠点化し、限られた小児医療資源を有効に使う施策が必要である。

## 2 医師・看護連携

2025年のあるべき医療提供体制構築のため地域医療構想が策定された。地域医療構想は地域ごとに異なる医療需要の将来の変化に対して、また地域の実情に応じてそれに見合った医療資源の効果的かつ効率的な配置を促し、急性期から回復期、慢性期、在宅医療等まで、患者の状態にふさわしい、より良質な医療サービスを受けられる体制を構築することを目的としている。2次医療圏によって差があるものの2025年の必要病床数は、県全体で慢性期病床数が現在に比べ大幅に下回る。現在の療養病床の医療区分1の70%、及び一般病床のC3基準未満の患者が将来、在宅医療へとまわる。在宅医療においては、医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、訪問ヘルパーなど多職種連携が非常に重要となる。

医師、看護連携においては、訪問看護の現状を知ることが大切である。

### 1) 訪問看護の現状

本県では、福岡県訪問看護ステーション連絡協議会が県行政からの委託事業として「福岡県訪問看護ステーション連携強化事業」を実施しており、訪問看護ステーション間の連携・人材育成等に係る意見、情報交換会を開催するとともに、訪問看護師について高度な医療管理への対応力を向上させる研修を実施することにより、訪問看護ステーション間の連携・協力関係の構築を推進し、24時間・365日対応可能な訪問看護体制の整備を図る目的として行われている。県内を19地域に分けコーディネーターとなる訪問看護ステーションを核として、「各ステーションの看護ケア情報共有」「在宅での看取りの現状と課題」「24時間体制の整備に向けた訪問看護ステーション間の協力と連携」「人材育成方策」等のテーマで交流会を開催するとともに、看取りや高度な医療管理等を経験する機会が少ない訪問看護ステーションの訪問看護師のスキル向上のため、同行訪問研修等を実施している。また、全訪問看護ステーションを対象とした連携に関する意識調査を実施し、その実態や多職種連携のあり方についても考察した。

2次医療圏別の訪問看護ステーション数は、福岡・糸島（124カ所）、北九州（93カ所）、久留米（38カ所）医療圏が多く、朝倉（4カ所）、宗像（7カ所）、八女・筑後（9カ所）医療圏が少なかった。

人口10万対での2次医療圏別高齢化率及び在宅医療に関する統計を見ると、有明（33.7）、田川（33.3）医療圏の高齢化率が高いのに対し、福岡・糸島（21.0）、粕屋（22.0）、筑紫（22.0）医療圏は低い。人口10万対での在支診

は、朝倉（36.9）、八女・筑後（29.3）医療圏が多く、粕屋（10.2）、筑紫（9.9）医療圏は少ない。訪問看護ステーション数は、有明（10.7）、田川（17.4）医療圏が多く、朝倉（4.8）、宗像（5.8）医療圏は少ない。これを見ると高齢化率の高い地域には訪問看護ステーション数が多いことがわかる。

平成26年度在宅死亡割合が高い2次医療圏は、福岡・糸島（16.1）、久留米（16.1）、飯塚（16.0）、朝倉（15.3）、八女・筑後（15.3）医療圏であった。低い2次医療圏は、直方・鞍手（10.4）、田川（12.0）、粕屋（12.3）医療圏であった。このことより、訪問看護ステーション数（人口10万対）と在宅死亡割合は一致していなかった。訪問看護ステーション（人口10万対）が少なく、在宅死亡割合が高い地域が複数あった一方で、訪問看護ステーション数（人口10万対）は多いが、在宅死亡割合が低い地域もあった。このことより、2次医療圏域ごとの訪問看護ステーション数と在宅死亡割合は関連がないと云える。

## 2) 訪問看護師と訪問看護ステーションの抱える問題点

訪問看護師の性別は9割以上が女性であり、経験年数5年以上が約5割で40歳代が最も多く、50歳代と合わせると7割を占めている。9割近くが正看護師であり、常勤での雇用も6割を占めている。終末期ケアの経験については、経験なしが3割以上で3人以下と合わせると6割程度であった。11人以上も約2割おり経験の差が大きい。医療機関からの退院時の連絡、サマリーの提供は8割程度が出来ている状態であった。訪問看護師が考える多職種との連携で最も必要性を感じているのは在宅医で、9割以上が感じている。次いでケアマネージャーとなっている。訪問看護ステーション交流会で出された意見や課題として、最も多かったのはマンパワーの問題であった。特に夜間、休日の早急な対応、入社しても長続きしない、常勤とパート勤務者の仕事の比重の差、訪問看護師の経験の違い、子育て世代の看護師の勤務時間などであった。また、それらのことに伴う経済的な問題などがあった。その他にはスタッフの高齢化の問題、内部のスタッフ同士の間人間関係、在宅医との連絡、コミュニケーションの取り方の不備などがあった。患者との関係では、在宅看取りのときの患者家族の理解やコミュニケーションの取り方などがうまくいかない、勤務が激務なため、自分をスキルアップするための研修会などへ参加する時間が取れないなどがあった。

## 3) 医師・看護師の連携を推進するための具体的方策

医師・看護師の連携を推進するためには、前に述べた訪問看護師、訪問看護

ステーションの抱える諸問題を解決することが第一である。在宅医とのコミュニケーションの取り方は、ケア会議の充実などを医師会主導で対策を考えれば解決する問題であると思われるが、主な問題であるマンパワー不足、時間外・深夜の対応などに対してはどうすべきか。まず、郡市区医師会立の訪問看護ステーションの強化、充実が必要と思われる。地域医療構想により7対1の急性期病床数は減少していくため、看護職の剰余が見込まれる。それが訪問看護職の方にうまく回ってもらえればマンパワー不足はいくらか解消されるかもしれない。しかし、病棟勤務と訪問看護ステーション勤務では内容も異なり、キャリアのみでは困難であろう。同行訪問研修や実技実習、講演会などあらゆることを駆使して個々のレベルアップを図るとともに、看護学校の学生時代からこれからの訪問看護の重要性、必要性を説き、カリキュラムに取り入れていくことが重要だと思われる。訪問看護ステーションのスタッフの高齢化の問題もあり、早急に手を付ける必要がある。

訪問看護ステーションを運営していく上での経済的な問題もあり、行政からの補助金事業もうまく活用していくことも必要である。

### 3 飯塚医師会の多職種連携

飯塚医師会の医療圏は、飯塚市、嘉麻市、桂川町の二市一町からなり、その合計面積は福岡市よりやや広いものの、人口は約 18 万人と少なく高齢化率は 30%を超えており、産業医大・松田教授の地域医療構想の講演の中でも、飯塚市を東西に U の字に横切る JR 篠栗線の北側はややゆっくりと人口減少を認め、南側の飯塚市の半分、桂川町のほとんど、嘉麻市の全体が急速に人口減少を認めて行く予想を述べられている。

飯塚医療圏における在宅医療・介護連携事業の取組みの始まりは、

#### ◎平成 20 年度

嘉穂保健福祉環境事務所が、県のモデル事業として在宅医療推進協議会を開催  
▷年に 2 回の開催のため勉強会の域を出なかったと参加した当時の担当理事の感想が残っている。

#### ◎平成 24 年度

穎田病院が厚労省在宅医療連携拠点事業の採択を受ける

▷当医療圏の在宅医療・介護連携事業の事実上の始まりと思われる。9 月以降、2 ヶ月に 1 回、顔の見える関係作りのため多職種代表者会議が開催された。

#### ◎平成 25 年度

飯塚市が福岡県地域支え合い事業を活用、前記の穎田病院の在宅医療・介護連携事業を継続

▷平成 25 年 10 月と平成 26 年 1 月に多職種合同研修会を行ったが、飯塚医師会は理事のみの参加で、我々自身、在宅医療の将来像や多職種連携の必要性に理解や知識不足のため、研修会には開業医師の参加も少なく活動も盛り上がり欠けるものだった。

#### ◎平成 26 年度

飯塚医師会の現執行部が福岡県地域医療再生交付金在宅医療推進事業を活用、在宅医療・介護連携事業を継続

▷新会長の元、どの様に多職種連携を拡げるか、この地区にどの様な地域包括ケアシステムを構築することが望ましいか、随分悩んだ記憶がある。

この後、飯塚医師会と二市一町の首長と懇談会を催し、飯塚医師会と二市一町が一体となった地域包括ケアシステム構築に足並みが揃ったと思われる。

#### ◎平成 27 年度

飯塚市が国の地域創生交付金を活用、飯塚医師会に地域包括ケア推進センターを設置

▷飯塚市からの委託事業ではあるが、飯塚医師会の医療圏を考えると二市一町全体に対応する推進センターとしての活動が必要であり、設置に際し飯塚市に了解を得た。

松浦会長の発案のもと、飯塚医療圏で地域包括ケア病床を保有して、在宅医療の拠点となる可能性のある病院を想定、医療機関の数や行政区域を勘案して、大きく5地区に分割して、地域包括ケアシステム構築を目的に各病院長にその趣旨を説明、医療・介護連携拠点病院への就任をお願いした。同時に行政担当者、消防本部、各職能団体等へ趣旨説明、協力の同意をお願いした。各地域には、以前に行政等により作成された医療資源マップなどもあり、ある程度の医療環境は把握できたものの、それは紙面上のことで、実際に広い飯塚医療圏の人口密集地または過疎地、交通網などのインフラ状況による人の流れ等を飯塚医師会だけで理解する事は至難であった。そこで各拠点病院にお勤めの関係者の方々には、その地域の状況がある程度理解されていると思われ、今後5地区で行われる協議会の検討テーマも含めて、各拠点病院にお任せする事で、各地区の相違が出て、その地区が抱えている問題点が浮き彫りになるのではないかと想定した。また、普段より患者の往来がある開業医にとっても近隣の病院であれば医師間の顔の見える関係作りになり、参加もし易く、どの医師会でも頭痛の種である多職種連携の会に参加される医師数の増加に繋がる事を期待した。

◎平成28年度

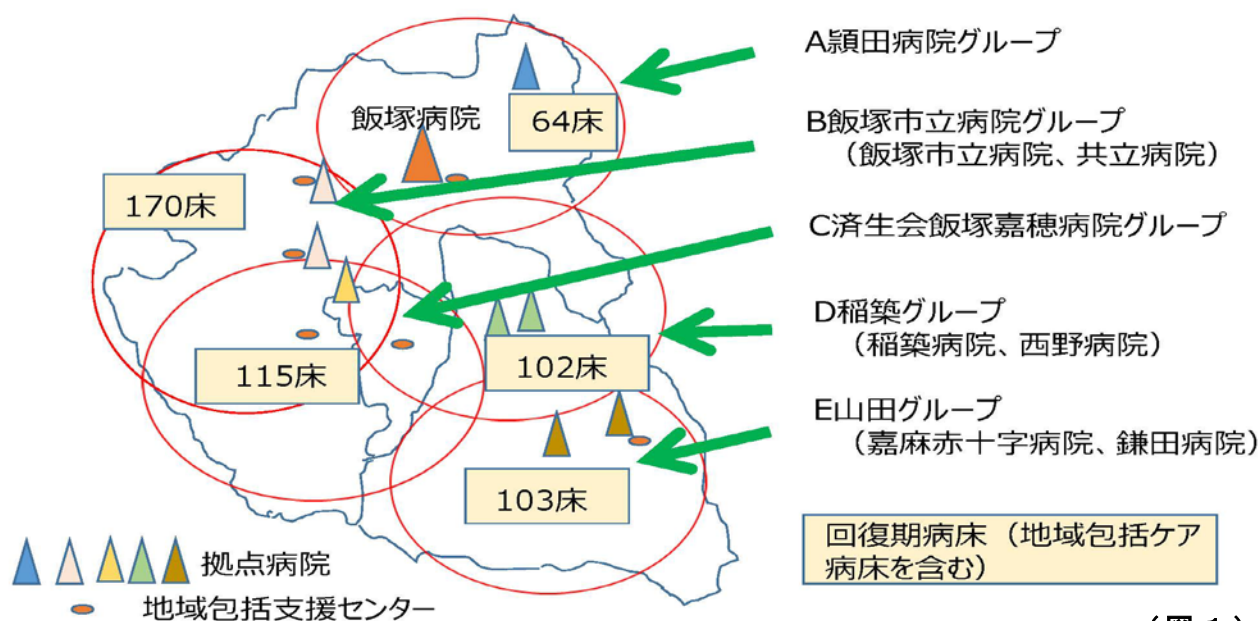
5ブロック地域包括ケアシステム推進協議会を発足（図1）

▷各地区の多職種の情報共有、ネットワーク作り、地域課題の抽出を目的に地区別に協議会、研修会を各2回行った。

この協議会は、参加者を地区で縛るものではなく、どの地区の協議会にも参加できる、緩い地区分けとした。

28年度5ブロック地域包括ケアシステム推進協議会の実績は、過去に比較して、協議会、研修会の開催数増加の為もあると思うが、参加総数800人に近くなり、医療・介護の多職種連携には十分な結果であった。

## 5ブロック地域包括ケアシステム推進協議会



(図 1)

◎平成 29 年度

5 ブロック地域包括ケアシステム推進協議会の継続開催

多職種連携研修会の年 2 回の開催

▷平成 29 年 6 月末に、平成 28 年度 5 ブロック地域包括ケアシステム推進協議会の全体報告会を行った。

- (1) 飯塚医師会会長の「飯塚医療圏における医療介護連携構想」
- (2) 各拠点病院院長の「5 ブロックからの取組み報告」
- (3) 県医師会担当理事の「福岡県における在宅医療の現状」
- (4) 公開討論（飯塚市長、西日本新聞筑豊総局長、医療介護関係者により発言）

テーマ①「2025 年に向けて準備しておくこと」

テーマ②「どうなったら地域包括ケアシステム構築が成功したといえるか」

予想を上回る 272 名の参加者を得て、西日本新聞の筑豊面に「地域包括ケア構築へ模索」と題して掲載され（図 2）、市民への大きな啓発になったと思われる。



# 地域包括ケア構築へ模索

取材現場で「2025年問題」を聞く機会が増えた。25年には団塊の世代が後高齢者（75歳以上）となり医療や介護サービスへの需要が増えることから、社会保障制度の維持や人材確保の観点で関係者は危機感を募らす。国は解決策として、25年までに生活圏の実情に合った「地域包括ケアシステム」作りを要求。飯塚医師会は飯塚、嘉麻間市や桂川町など準備を始めたところだが、残された時間は8年を切った。富良野一体になった「飯塚方式」の支援体制は構築できるのか。

## 飯塚医師会など推進協議会で議論着手

飯塚医師会などは16年度が係を作ってはどうかと提案から管内をラックに分けて

「地域包括ケアシステム推進協議会」を立ち上げ、課題の洗い出しに着手。6月末に飯塚市で開いた報告会で、各区の拠点病院医師が初年度を

飯塚市立病院の武蔵管理はシテムを構築し、運用するには、多職種間の連携強化の重要性を指摘。現状では医療と介護の間大きな心の壁がある。この壁を取り払うため、多数による情報共有を進めるネットワーク型の関



高齢者が重度な要介護状態になったり住み慣れた地域で人生の最後を迎えられるよう、住まわ医療・介護を一体的に提供する仕組み。国が構築を推進しており、団塊の世代（約800万人）が75歳以上になる2025年までに、在宅医療の充実で病床数を減らし、医療費の抑制を目指す。

### 地域包括ケアシステム

## 職種の連携、人材育成など課題

意見交換に移った後半の討論では、ケアマネジャーの年齢構成も議論された。ケアマネジャーの集まりである飯塚市居宅介護支援事業者連絡協議会によると、同市内50事業所で働くケアマネジャーは170人で、現在20代がおおそく30代が、40代が36%、50代24%。飯塚専科会長は「25年には今の50代以上がおおそくいなくなる。離職率も高く、人材確保は不可欠」と人材育成の必要性を論じた。

西日本新聞社筑紫豊島の西村隆幸専科会長は、住民へのPRについて「システムの主役は本人、家族、地域の代表。少なくとも今後は地域の代表を巻き込む方がいい」と提言。「飯塚病院が認定した870人の地域医療サポーターなど



## 制度浸透へ住民の関与も重要



超高齢化社会に備え、地域包括ケアシステムの構築に向けて意見を交わした公開討論

の存在を行政が把握しておけば、救急の際の手助けになるのではないかと述べた。飯塚医師会の松岡尚志会長は「地区での協議は多職種連携のきっかけ。働きやすい環境をつくることで、減少していくマンパワーを補いたい」と懸念。米塚の片家誠・飯塚市長は「行政として広報と現状把握の重要性を認識した。地域を支える人材の育成にもチャレンジしたい」と述べた。

(糸山信)

(図2)

### ◎今後について

現在の多職種メンバーに民生委員など住民組織の参加を求め協議会の拡充を図りたい。

二市一町で名称に多少の違いはあれど方向は同じである、各行政で行われていた在宅医療・介護連携会議をまとめ、効率化を図りたい。

地域包括ケア推進センターの運営費用を二市一町で按分していただき、飯塚医療圏の推進センターの完成を図る。

過去に多職種連携会議で挙げられていた問題点が、現在解決されているか否

か、5ブロックの協議会で抽出された、いろいろな意見、課題を整理、多職種間で解決出来るものか、地域全体的で解決出来るものか、行政を含めて解決出来るものかを検討、今後も繰り返し見直し、検討を行う必要性を感じている。

懸念は、参加される医師数で、増加を望むところではあるが、その為の妙案があるわけでもなく、ただ言えることは高齢者の増加は間違いなく起こり、主治医として今まで診ていた患者に在宅医療が必要となった時、医師会主導のもと、多職種連携システムが完成していれば、相談していただければ、すぐに在宅医療が出来るように、医師会の地域包括ケア推進センターの相談支援の充実を図りたい。

#### ◎飛躍の要因について

飯塚医療圏での多職種連携会議の実績が大きく伸びた要因は、まず飯塚医師会会長の飯塚医療圏での地域包括ケアシステム構築への熱い情熱と強いリーダーシップである事は間違いない。加えて、飯塚病院の地域包括ケア事業室長が、飯塚医療圏の地域包括ケアシステムを完成させたいとの志を持って、週に一日飯塚医師会の職員として出向し、地域包括ケア推進センターの一員として、5ブロック地域包括ケアシステム推進協議会の立ち上げの為、拠点病院、二市一町の行政担当者、保健福祉事務所、消防本部、各種職能団体との擦り合わせを行っていただき、発足後も、協議会の日程、多職種研修会のプランや調整等、裏方の仕事をすべてこなしていただいている事が、一因であると思われる。

## 4 福岡市東区における多職種連携（医師研修も含めて）

在宅医療とは単に在宅で提供される医療ではなく、地域 Community をフィールドとしたプライマリ・ケアを行うための手段である。プライマリ・ケアとして誕生した日本の在宅医療 Home-Based Primary Care は高齢化する社会のニーズに応じて、在宅緩和ケア Home-Based Palliative Care としても大きな役割を担うようになった。広い地域の中に点在しかつ多様なニーズをもつ患者・家族に対して、1人の医師や1つの医療機関が必要な全てのケアを提供することは困難であり、在宅医療では多職種協働 Inter-Professional Collaborative Practice（I P C P）が必須となる。即ち、在宅医療は医師のみでは提供できないし、医師が訪問診療・往診を行っているだけの在宅医療は上記の理由で真の在宅医療とは言えない。このように、在宅医療において各専門職はプロフェッショナルであるだけでは不十分であり、インタープロフェッショナルであることが求められる。この項では、地域における多職種協働と多職種教育

（Inter-Professional Education, I P E）の要として日本全国に広まった在宅ケアネットワークについて概説し、福岡市東区を中心とした地域における取組みを紹介したい。

### 1) 在宅ケアネットワークとは

在宅ケアネットワークは、地域の中に点在する幾つもの多職種プロバイダーが互いにゆるやかな連携をもち、地域の中の特に在宅において質の高いケアを安定して供給することを目的としている。多職種構成であることが原則であり、例えば福岡市東区には東区南部地域包括ケアネットワーク医師部会という医師のみで構成されるネットワーク（いわゆるドクターズネット）があるが、これは狭義の在宅ケアネットワークと区別すべきである。

在宅ケアネットワークは運営方法により（1）行政始動型、（2）行政医師会始動型、（3）地域多職種始動・行政医師会連携型、（4）地域多職種単独始動型の4つに分類できる。（1）行政始動型在宅ケアネットワークは、1987年厚生省通知により保健・福祉・医療等の各種サービスを総合的に調整・推進することを目的に市町村に設置された高齢者サービス調整チームにより開催される在宅医療部会に始まる。医療介護総合確保推進法（2014年）の施行後、在宅医療部会は在宅医療介護部会と名称を変え現在に至る。行政医師会始動型在宅ケアネットワークの元祖はいわゆる尾道方式（尾道市医師会主治医機能支援システム 2001、尾道地域・新地域ケアシステム 2004）とされる。尾道方式の基本システムは、医師会立介護老人保健施設を中核とし、在宅介護支援センター、24

時間対応ホームヘルプステーション、訪問看護ステーションの4つの医師会立施設を中心とする尾道市医師会の在宅主治医機能支援システムと各種の連絡協議会や委員会が骨格となって福祉分野と医療システムの連携を構築していた。

(2) この尾道市医師会の取組みが全国に紹介されて以後は、この尾道方式が日本型在宅ケアネットワークの典型となっていくた。厳密には尾道方式は医師会始動型在宅ケアネットワークであり行政との連携はそれほど強調されていなかったが、介護保険制度と地域包括ケアシステムの推進と共に行政と医師会が連携して運営する行政医師会始動型在宅ケアネットワークが尾道方式の発展型としてしだいに全国に広まった。

地域多職種始動・医師会行政連携型在宅ケアネットワークとは、地域多職種で構成され運営される在宅ケアネットワークに医師会と行政が後援として参加するものである。私たちが参加する福岡東在宅ケアネットワークがこれに相当すると考えており、次項で紹介する。地域多職種単独始動型とは、地域多職種で構成され運営される在宅ケアネットワークで医師会や行政の後援や参加を受けていないものを指している。多くは小規模で、小地域での協働や勉強会・研修会を主な活動とした在宅ケアネットワークを想定している。このような地域多職種単独始動型在宅ケアネットワークは非公式なものも含めれば、全国に無数にあると思われる。即ちこれまで説明した多様な在宅ケアネットワークが同じ地域に複数存在しても、これが問題となることはない。元来ネットワークは重なり合いながら広がるのが可能であり、これが学会や利益団体との違いである。

## 2) 福岡東在宅ケアネットワーク

福岡東在宅ケアネットワークは、個人参加と行政医師会連携を特徴とした福岡市東区及びその周辺エリアにおける地域多職種始動・行政医師会連携型在宅ケアネットワークである。福岡東在宅ケアネットワークは既に存在していたドクターズネット（東区南部在宅医療ネットワーク）に多職種が加わるかたちで2008年結成された。(3) 福岡東在宅ケアネットワークは福岡市東区に留まらず博多区さらに糟屋郡からも多くの会員参加（会員数325名・19職種、会員所属施設180施設・19業種、2017年2月集計・図3A・B参照）を得て活動している。会員構成の特徴としては、後援団体である東区医師会・東区保健福祉センターはもちろん、病院（急性期・慢性期・緩和病棟・がん診療連携拠点病院・緩和ケアセンターを含む）さらに様々な職能団体などの責任者（例えば、区医師会長、区保健所所長、病院長など）、つまり地域のステークホルダーが個

人参加していることが挙げられる。さらに、弁護士や司法書士など法曹関係者、臨床倫理を専門とする哲学者、緩和ケアの視点に立つと診療所や訪問看護ステーションから大学病院まで地域の1次～3次緩和ケアプロバイダーが会員に含まれていることも特徴である。施設参加ではなく個人参加とすることで、個人が所属する事業所や団体の制限を超えて活動することが可能となる。例えば、非医師会員が医師会の活動に参加することは困難だが、医師会と福岡東在宅ケアネットワークが共に活動することで、非医師会員が医師会員と共に活動することが可能となる。また、行政始動では行政区域を越えて活動することは困難だが、患者は必ずしも行政区域内で移動するわけではない。行政と福岡東在宅ケアネットワークが共に活動することで、行政区域外の事業所や個人との連携も可能となる。

図3 A 福岡東在宅ケアネットワーク 325名 19職種 職種別会員数 2017年2月3日集計

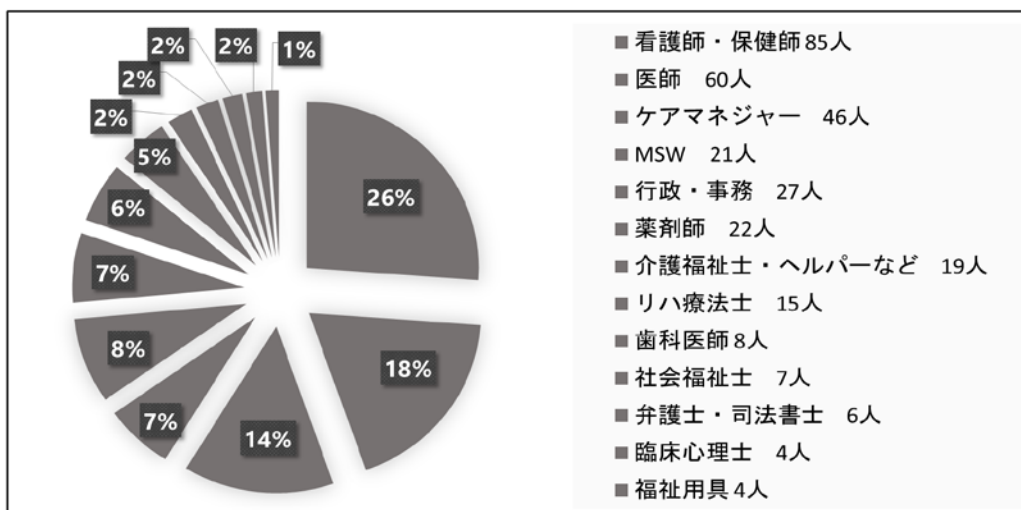
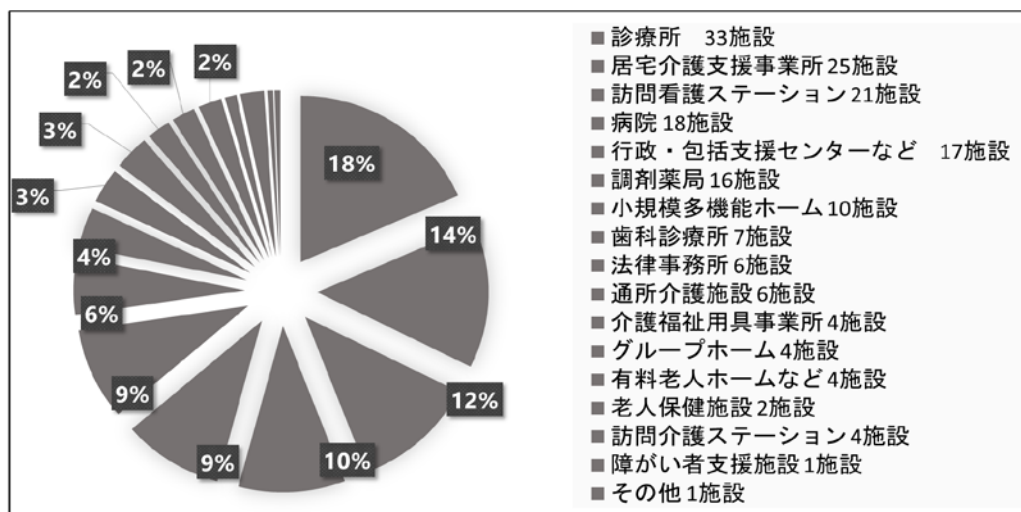


図3 B 福岡東在宅ケアネットワーク会員所属施設 180施設 19業種 2017年2月3日集計



福岡東在宅ケアネットワークの主な活動を表1にまとめた。(1)～(3)は福岡東在宅ケアネットワークが主催で行っているが、(4)～(10)は東区保健福祉センター、東区医師会やその他の団体と共催でイベントを行っている。

福岡東在宅ケアネットワークの活動は元々地域多職種間で情報交換を行うメーリングリスト(愛称EAST:ネットワーク名にある東EASTとEASy to Talk(EAST)の2つの意味を込めている)の運用から始まった。メーリングリストは地域多職種のSocial Networking System(SNS)として機能しており、福岡東在宅ケアネットワークの最も基本的かつ大切な活動である。ホームページ(<http://www.fhzcnet.sakura.ne.jp/home/>)上ではイベントスケジュールの公開・在宅ケア関連ウェブサイトの紹介・情報共有などを行っている。東区緩和医療を考える会は地域の1次～3次緩和ケアプロバイダーが集う緩和医療勉強会で年2回開催している。在宅ホスピスを語る会は家族支援やグリーフケアを目的としたクローズドの遺族会であったが、2017年度より市民公開となり在宅医療の市民啓蒙活動という側面も合わせ持つようになった。

多職種症例検討会(2017年度より多職種連携研修会と改称)は、顔の見える関係作り、地域課題の抽出と共有、多職種協働を阻害する因子の克服、在宅ケアの標準化などを目指して始まった。2013年からは非ネットワーク会員にも公開し東区保健福祉センターや東区医師会との共催で行うようになった。2016年12月、2017年9月にはそれぞれ千早病院、福岡輝栄会病院で、国立長寿医療研究センターの協力を得て病院と地域の多職種が集うかたちで「病院+在宅=地域医療連携研修会」を開催した。

市民公開シンポジウムは地域住民に私たちの活動を知ってもらう大切なイベントである。福岡東在宅ケアネットワーク内に劇団を立ち上げ、在宅療養をテーマにした寸劇を最低年1回市民公開シンポジウムの際に披露している。処遇困難症例検討会の目的は在宅ケアに従事する多職種のバーンアウト防止と地域完結型のケア継続にあり、他ではあまり例のないユニークな取組みである。また、ネットワークでは診療所と緩和病棟との間にCare Coordination Agreementがあり、在宅医療を受けているがん終末期患者が入院を必要とする時は、優先的に緩和病棟へ入院することが可能である。介護職員研修会は2017年度から開始となった訪問介護職・施設介護職を対象とした研修会で、ネットワーク会員でなくても一般参加が可能である。

福岡東在宅ケアネットワーク内には在宅医・病院勤務医・訪問歯科医・訪問薬剤師・訪問看護師・介護支援専門員などから構成される世話人会があり、これが実質的にはネットワーク運営における実行委員会として機能している。会

員の意見や要望をより多く取り入れる為、2014年より拡大世話人会を年2回開催している。世話会で提案された事項は基本的に拡大世話会で協議・承認される仕組みとなっている。拡大世話会には、福岡東在宅ケアネットワーク会員であれば誰でも出席可能であり、地域のステークホルダー（東区医師会長・東区保健福祉センター長・病院長・各種職能団体責任者など）の意見調整の場にもなっている。

**表 1： 福岡東在宅ケアネットワークの主な活動**

1	メーリングリスト（E A S T）による情報交換
2	ホームページ（ <a href="http://www.fhzcnet.sakura.ne.jp/home/">http://www.fhzcnet.sakura.ne.jp/home/</a> ）
3	拡大世話人会（年2回）
4	東区緩和医療を考える会（年2回）
5	在宅ホスピスを語る会（年1回）
6	多職種連携研修会（年3回以上）
7	市民公開シンポジウム（年1回）
8	処遇困難症例検討会（年1回以上）
9	介護職員研修会（年4回）
10	その他の研修会：他団体と共催で随時開催

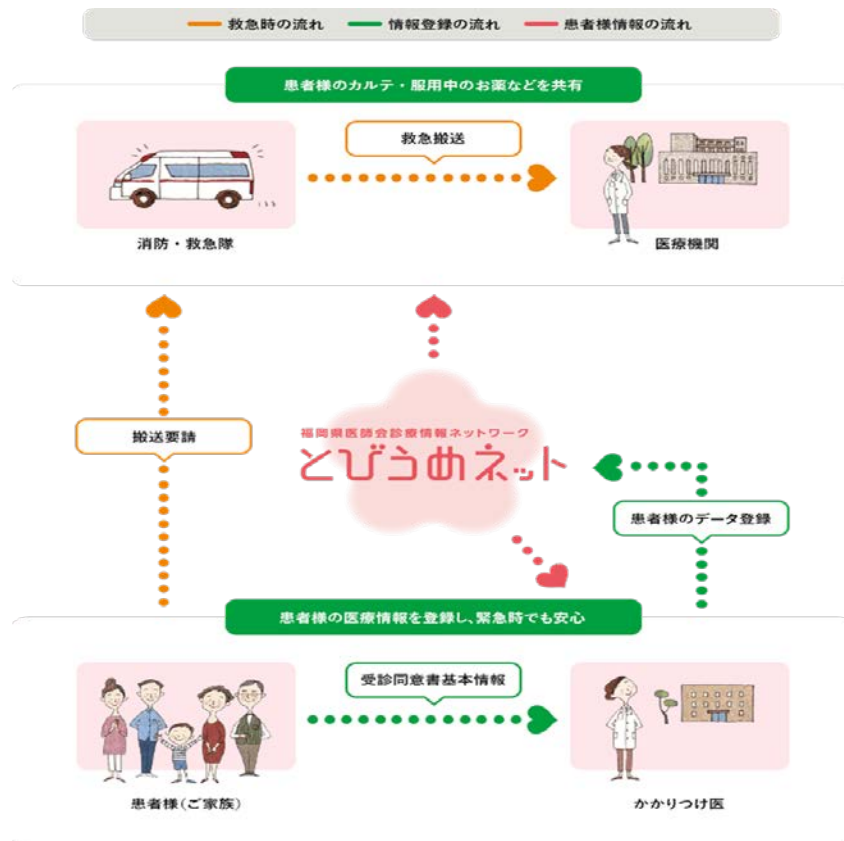
### 3) 職種内連携と医師研修

福岡市ではブロック支援病院構想が進められており、平成28年度より始動している。東区においては区を4つのブロックに分け（図4参照）、指定を受けた各ブロック支援病院が在宅医療の（1）後方支援（緊急時の入院受け入れ）、（2）在宅医のサポート（代診医システムや医師向け研修会開催など）、さらに（3）多職種研修会の開催・ブロック住民（概ね自治協議会単位）向け啓蒙活動などの包括的な在宅医療サポートを行っている。多岐にわたる活動の中で、ここでは東区南部地域包括ケアネットワーク東区南部医師部会（以後、東区南部医師部会）を紹介したい。東区南部医師部会は、従前にドクターズネットとして活動していた東区南部在宅医療ネットワークを引き継ぐかたちで結成され、主治医の出張や旅行中でも患者の急変に対応できるよう代診システムを構





図5 とびうめネット



福岡東在宅ケアネットワークでは、会員全員（多職種）が参加するメーリングリスト（愛称 EAST-all）とは別に、専門職別のメーリングリスト（医師のみによる EAST-drs、介護支援専門員のみによる EAST-cm、病院とソーシャルワーカー（MSW）と障がい者相談支援員による EAST-msw）があり、専門職別にクローズドな環境でも情報や意見交換を行うことができる。メーリングリストは広い意味で職種内連携のためのツールとなり得る。

質の高い在宅ケアを提供するためには、患者・家族や他職種とのコミュニケーションや連携を上手に行うことが最大のカギである。よって、医師に対する在宅医療研修は、他職種と同様に医師が多職種研修に参加するかたちで行われることが多い。医師のための在宅医療研修の機会としては、在宅医師同行訪問事業や福岡市在宅医療医会の活動が挙げられる。在宅医師訪問同行事業は地域医療介護総合確保基金による在宅医療連携拠点整備事業の1つである。これから在宅医療を始める、または始めたばかりの医師にとって、在宅医療の現場に同行し指導を受けることは大変有益な機会だと考える。福岡市在宅医療医会（平成27年11月発足）は地域包括ケアシステム構築の要となる地域の在宅医が、相互に顔の見える関係を深め連携強化を図るための基盤として機能することを目的とする組織で、福岡市医師会の外郭団体である専門医会に位置付けら

れている。

メーリングリストによる情報提供、在宅医療に関する講演会の開催、福岡市各区での地域連携研修会の開催など、医師向けの在宅医療研修事業を行っている。これら以外にも、福岡市各区の内科医会や医師会学術講演会では、在宅医療をテーマとした講演会を開催し、医師に対する在宅医療啓蒙活動に寄与している。

#### 4) おわりに

質の高い多職種協働 I P C P や多職種教育 I P E を実現するには、地域住民や患者・家族の多様なニーズに対応できる地域完結型ケアを提供できるよう在宅ケアネットワークを構築する必要があり、多種・多様な在宅ケアプロバイダーや地域のステークホルダーの参加がカギとなる。福岡東在宅ケアネットワークは個人参加と地域多職種始動・行政医師会連携を特徴とし、所属事業所さらに行政や医師会の垣根を越えて活動することが可能となる。

#### 引用文献

- 1) 伊藤大樹、伊藤新一郎、多職種在宅ケアネットワークについて 臨床と研究 Vol 95 No 3 2017, 57-61
- 2) 田代孝雄、片山壽、丸井英二、田中滋、地域医療連携「尾道方式」を「理想のモデル」から「標準モデル」へ 医療と社会 Vol 14 No1 2004, 51-61
- 3) 伊藤新一郎 選択肢の多い在宅医療の推進を。福岡市医報, 2011;52(2): 73-75

## 5 北九州市における多職種・多機関連携の今後の進め方

### 1) 問題意識

旧官営八幡製鉄所や北九州工業地帯で日本の近代化を牽引した北九州市でも、少子高齢化への対応を厳しく迫られている。平成28年現在、人口は約97万人であるものの、高齢化率は29%と政令市トップ、人口も毎年約4千人ずつ減少（自然減と社会減で半々）している。

一方、市内の医療資源は豊富である。工業都市としての発展に伴って医療資源を集積してきた歴史があり、市内に約90病院・約960診療所を擁し（平成29年）、一般病床10万人当たりの病床数は1112床と、全国平均（783床）を大きく上回っている（平成26年）。

ただ、こうした数字や、それに伴う市民意識もあってか、現在、年間死亡者数約1万人のうち医療機関で亡くなる方は約85%と、全国平均（76.6%）を上回っている。また、在宅（自宅＋施設）で亡くなる方の割合は政令市の中で最も低い（平成27年）。今後、病院完結型から地域完結型の医療へのモデルチェンジに向け、市医師会をはじめとした医療関係者とともに取り組みねばならない。

こうしたモデルチェンジは、地域の在宅医や施設など「地域サイド」との連携なくしては実現しない。この点、人口10万未満の自治体では、市内の中核病院が音頭をとり、地域の課題・目標を共有し、多職種連携や研修などの「型」を作ることができている例も多い。

(1) しかしながら、本市では、人口・面積・医療資源（施設数や従事者数）ともに規模が大きく、また、地理的な広がりを見せており、市全体で斉一的な取組みを進めることは容易ではない。これは、他の政令市でも同様の「大都市特有の悩み」のようでもある。

(2) また、「地域包括ケアシステムの構築」という言葉や概念自体は、医療・介護等の従事者も当然に認識しているものの、個々の従事者や施設レベルで「では、今・ここで・何をすればいいのか」という、素朴だが本質的な疑問を抱いているようでもある。

行政においても、上記(1)・(2)のような課題に対応すべく、計画づくりや予算の配分だけでなく、「より現場に近いところ」で、役割分担と連携（現場で使えるルールやツール、研修など）について、「場」を提供しながら、より具体的な次元で現場と一緒に考えていかななくてはならないという問題意識を持っている。

(※) 本県で平成 29 年 3 月に策定された地域医療構想も、将来的な需給の数値目標そのものよりも、地域医療構想調整会議のように、数値目標を共有し、地域での役割分担と連携を協議し、構想の進捗管理を指差し確認をしながらしていく、「より現場に近い、当事者主体の場」を設けたことが本質的には重要であると考えており、上記の問題意識は、この地域医療構想についての考え方と近いものである。

こうした観点から、本市では地域での多職種・多機関連携の構築に向け、平成 29 年 3 月～8 月にかけて、三師会や実務者（病院連携室・訪問看護ステーション・介護支援専門員・リハ職・患者当事者等）と行政を交えた「在宅医療・介護連携推進に関するワーキング会議」（以下「ワーキング会議」という。）を開催した。ここでは、そこでの議論の整理等について紹介したい。

## 2) ワーキング会議での議論

ワーキング会議では、切れ目のない医療・介護サービスの提供に向け、主に現場でどのような課題があり、どういった対応が考えられるか整理を行った。

### (1) 現状認識

すなわち北九州市では、

- ・個々の地域で、情報共有・連絡用シートの作成、情報提供のルール化、多職種連携研修、住民啓発等
- ・多職種連携におけるリハビリテーションの視点を踏まえた「地域リハビリテーションケース会議」の開催
- ・個々の医療機関で、退院支援プロジェクトの実施
- ・地区医師会で、「在宅医の会」の立ち上げ

といった取組み・活動が一部で進められてきた。

しかしながら、内容や取組みの度合いは各地域や機関、団体等によって差があったり、多職種・多機関の連携等を進める上で重要な取組みであっても、思いうような拡大・展開が図れていないという現状もある。

そこで、多職種・多機関連携の徹底に向けて、これまでの地域での意義ある取組みの経験を前提に、地域や団体等の取組みをつなぎ合わせ、市全体として、継続・発展させていくことが必要であるとの認識を確認した。

### (2) 考えられる取組み

その上で、市全体として、次の①～③のような具体的な取組みが必要であることが確認された。

なお、これらは一度に全てを進めるものではなく、実施に向けての課題を踏まえながら、優先順位をつけて着実に実施していくべきものと位置付けである。

① まず、市全体の各医療機関・事業所や多職種チームが採用していくことで、市全体の医療・介護等専門職の負担軽減や、効率アップにつながる取組みやルールを設定していく取組みである。

考えられるメニューは以下のとおりである。

<考えられる取組み>

- 1 本人・家族の情報について共通シート・冊子等の作成
- 2 情報伝達ルールの策定
  - ・各施設や専門職固有の用語でなく、別施設・専門職や本人・家族も理解できる情報伝達・用語のルール化
- 3 入退院時病院—在宅連携ルールの策定
  - (※) 具体的イメージは末尾の(参考1)参照。
- 4 在宅時連携ルールの策定
  - (※) 具体的イメージは末尾の(参考2)参照。
- 5 医療機関、各事業所等の入退院時の窓口連絡先・担当者、提供できるサービス内容一覧(地域関係者一覧)の作成・公開
- 6 1～5の運用(作成・更新、個人情報の取扱い等)についてのガイドラインの策定
- 7 1～5についての医療・介護等専門職に対する研修
- 8 入院時、退院調整時、退院時(在宅移行時)、在宅療養時に、医療・介護等専門職が共通して使えるパンフレット等の作成
- 9 本人・家族への説明へのスタンスや説明内容、8のパンフレット等についての医療・介護等専門職に対する研修
- 10 各種教育・研修の共通化
  - ・教育・研修の体系化(共通テーマの設定、重複の排除)
  - ・市全体・年間を通じた教育・研修内容・対象者情報の集約・一覧化と公開、各機関・施設、職能団体への情報提供
  - ・教育・研修と参加者のマッチングを図るための対象者の明確化
- 11 教育・研修情報の医療・介護等現場への周知についての各機関・施設管理者への依頼・徹底のパンフレット等についての医療・介護等専門職に対する研修

②また、①のように「市全体として取り組む」ことと並行して、各医療機関や事業所、多職種チーム、団体等がそれぞれで先進的な取り組みを行い、好事例は地域に還元していく取り組みである。

考えられるメニューは以下のとおりであり、それぞれの取り組みの効果をとりまとめて市内で横展開していくべきものである。

<考えられる取り組み>

- 12 入院患者について退院支援の必要性や進捗確認を行う定期カンファレンス
- 13 退院調整担当者による在宅への訪問支援、ケアマネージャーによる退院調整担当者への訪問
- 14 ケアプラン作成支援時の介護支援専門員に対する医療職による情報提供
- 15 主治医・副主治医制
- 16 後方支援病院への在宅急変患者の受入れ体制の整備
  - ・患者の受入れ先病院の決定、患者の診療情報の共有、主治医・地域医療・介護関係者との連絡方法の共有
- 17 病棟医師・在宅医療に取り組んでいない診療所の医師の在宅医療にかかる研修（在宅医療同行研修等）
- 18 病棟・外来看護師の在宅医療にかかる研修（訪問看護同行研修等）
- 19 ケアマネージャーその他の地域医療・介護関係者の医療にかかる研修（病院訪問研修、看取りへの対応等）
- 20 教育・研修設計の精緻化
  - ・参加者のニーズの事前把握（マーケティング）
  - ・実践性・即効性のある内容への充実化（見学と座学、ディスカッションの効果的な組み合わせ等）
  - ・職能団体と公的機関による教育・研修の協力・連携（役割分担や共通テーマの設定等）
  - ・参加しやすい方法の工夫（eラーニング・動画等）
  - ・効果検証のためのアンケート設計
  - ・教育・研修の達成状況の明確化（修了マークの作成、名刺や名札への表示等）
  - ・教育プログラムの作成（職能別に最低限修了すべき教育・研修内容の整備等）
- 21 企業などに対する出前講演の実施
- 22 学校教育との協力・連携

③さらに、こうした取組みを合意・実行・検証していくには、行政のみならず、医療・介護等の現場、職能団体、行政が一体となる必要がある。また、現場、職能団体、行政のそれぞれが感じる課題を、それぞれの閉じた場だけで解決しようとする（ときに未解決となる）ことは、それぞれで疲弊感を生むおそれがある。

このため、情報や課題が吸い上げられ、解決につながる現場・職能団体・行政等が一体となった仕組み（多職種・多機関連携実行会議（仮称））を置く。

#### <多職種・多機関連携実行会議（仮称）のイメージ>

- 1 連携実行会議は、各職能団体または事業所団体等（以下「団体等」という）の代表から構成する。
- 2 連携実行会議の下に、団体等の実務者からなる作業部会を置く。
- 3 また、団体等がそれぞれの課題について検討する「多様な議論の場」を活用する。（団体等の内部での委員会や、地域での多職種連携研修の場などを想定）
  - ・多職種・多機関連携における取り組むべき課題の抽出や情報収集を行う。
  - ・抽出された課題等について、団体等で解決すべき課題と、多職種・多機関や地域で解決すべき課題とに仕分けを行う。
- 4 作業部会は、3の団体等の実務者の代表から構成する。
  - ・作業部会では、3で多職種・多機関や地域で解決すべき課題とされたものについて、解決に向けた情報収集・課題抽出を行う。
  - ・抽出された課題について、団体等で解決すべき課題と、多職種・多機関や地域で解決すべき課題とに仕分けを行う。
  - ・多職種・多機関や地域で解決すべき課題については、作業部会で、解決に向けた情報収集・解決策の具体化を行う。
- 5 3・4で、団体等で解決すべき課題とされた課題については、それぞれの団体等で、解決に向けた情報収集・解決策の具体化を行う。
- 6 4で、具体化された多職種・多機関や地域で解決すべき課題の解決策については、連携実行会議に報告する。
- 7 連携実行会議では、6で報告された解決策について議論を行い、合意を行う。
- 8 各団体等は、7で合意された解決策について実行する。
- 9 8の各団体等で実行された解決策については、3～8と同様に連携実行会議、作業部会で、実施状況の確認、効果検証、改善策の検討・具体化・実行を行う。

### (3) 今後の進め方

こうした取組みについては、以下のようなスケジュールで進めていくことが考えられる。

- ・ 今後、速やかに多職種・多機関連携実行会議（仮称）の立ち上げ（作業部会を中心に、情報収集、対応策の検討・具体化を始める）
  - ・ 平成30年～夏：連携実行会議で、対応策の合意（平成30年診療報酬・介護報酬の改定の内容を、必要に応じて取り込む）
  - ・ 以降、市内でモデル事業の実施、市内全体への拡大を図る
- (※) 実際の実施スケジュールは、スケジュールありきではなく、今後、市内の医療・介護等関係者の意見を聞きながら、実効的で現実的なものとしていく必要がある。

### (4) 今後の課題

また、次の取組みについては、導入する際の課題も多く、国や他市町村での検討・実施状況を踏まえ、今後引き続き検討すべき課題と整理された。

#### <今後の課題>

- 23 医療・介護に関するレセプトデータ等を活用した数値による地域の課題分析と目標設定  
[主な課題]  
・ データを活用した評価・分析の視点・手法 等
- 24 人生の最終段階における医療についての本人・家族の意向を記載した「事前指示書」（いわゆる「エンディングノート」）  
[主な課題]  
・ 事前指示書の作成・活用についての市民、医療・介護等関係者の理解  
・ 本人・家族に対する事前指示書の交付・説明等の方法  
・ 本人・家族が事前指示書の作成に向けた意思決定ができる環境整備（利用できる医療・介護等のサービスや生活支援などの情報を容易に入手し、本人・家族と主治医等とが十分な話し合いを経た上で意思決定ができる環境整備）  
・ 作成された事前指示書の更新の方法  
・ 医療・介護等の現場における事前指示書の具体的な活用方法等  
（※）終末期における医師の医療行為（生命維持措置等）に関する法令整備等の状況も踏まえる必要
- 25 ICTを活用した情報連携  
[主な課題]  
・ 各職能団体で運用される情報共有ツールやSNSで提供されるアプリ等の既存のツールが普及する中での情報共有のあり方  
・ 県医師会が運用する「とびうめネット」の活用展開や、国における「全国保健医療情報ネットワーク」の今後の検討状況との整合性



(※) 全国保健医療情報ネットワーク：自らの生涯にわたる医療等の情報を本人が経年的に把握でき、健康管理・診療・ケアを提供するため、2020年度からの本格稼働に向けて国において検討が行われているICT基盤

### 3) 結語

地域包括ケアシステムの構築には、それを支える制度とともに、「顔の見える関係」が重要といわれる。

同時に大都市では、この隙間を埋める「顔が見えなくても上手くいく関係」や、それぞれの経験値やあやふやな印象論で物事を進めない「数字が見える関係」が必要とも考えられる。

今回のワーキング会議での議論の内容は、大都市型の地域包括ケアシステムの構築に向けて、そうした観点も取り入れながら、実務者の立場からの議論を具体的に整理したものであり、地に足の着いた有意義なものと考えている。

しかしながら、こうした医療・介護関係団体や現場の実務者が「進めたい」と考えることが、すなわち個々の施設レベル・サービスレベルにおいて「進む」というと、そこは別問題である。現在進めるべきは、限られたメンバーでのあるべき論の議論ではなく、実際的かつ具体的なルール・ツール等の地域での合意と、各施設レベル・サービスレベルでの実行であると考えている。

この点、行政に対しては。「現場の役に立つもの」を「現場と一緒に考え、合意形成しながら進めていく」ことの期待感が高い。こうした点を踏まえ、本市にフィットした多職種・多機関連携の構築そのものを、汗をかきながら進めていきたいと考えている。

#### < (参考1) 入退院時病院－在宅連携ルールのイメージ >

##### ①入院時

- ・介護支援専門員等は、入院時情報提供書を病院が指定する連絡先に提出。
- ・入院後、病院担当者が介護支援専門員等へ連絡。

(※)「入院後7日目くらい」というメドをルール中で例示（個々のケースや病院・介護支援専門員等の意向・協議により変更可能）

##### ②退院調整開始面談

- ・病院は、面談日を介護支援専門員等に連絡。
- (※)「入院後10日目くらい」というメドをルール中で例示（個々のケースや病院・介護支援専門員等の意向・協議により変更可能）
- ・病院は、介護支援専門員等がケアプラン修正に必要な情報（退院調整共有情報）を面談日までに院内関係者から収集。

- ・介護支援専門員等は、面談日に、退院調整共有情報を病院から聴取。多職種での退院前カンファレンスの必要性等を確認。

### ③連携ルール参加病院一覧

<（参考2）在宅時連携ルールのイメージ>

#### ①在宅移行時

- ・介護支援専門員等は、ケアプラン（居宅療養管理指導を含む）を全ての関係者に共有。

#### ②在宅療養時

- ・介護支援専門員は、一定期間ごとに本人・家族やサービス担当者から意向や情報を収集し、在宅療養の状況・課題を本人・家族やサービス担当者に共有。

（「在宅療養開始後〇月ごと」というメドをルールの中に例示（個々のケースや本人・家族やサービス担当者の意向・協議により変更可能））

- ・必要に応じて、サービスの見直しを協議・検討。

## 6 街づくりと地域包括ケアの関係

世界に前例のない少子高齢社会に対応するために、国は新しい地域戦略として地域包括ケア体制の構築を掲げている。地域包括ケア体制とは日常生活圏域（おおむね30分で行ける生活圏域）で医療、介護、予防、日常生活支援、住まいを総合的に保証する体制である。これからの高齢社会は複合的なニーズを持った者が増加する。しかもそれは「すでに起こった未来」である。例えば、多くの病院で独居の女性高齢患者の退院に際して、様々な調整が必要になった事例をすでに数多く経験しているはずである。退院後の受け入れ先医療機関や介護サービスを調整するだけでなく、家族や住まいの調整など総合的な対応を必要とするケースが増えている。こうした調整がうまくいくためには、その受け皿としての地域包括ケア体制があることが前提となる。地域包括ケアの内容を考えた時、それはコミュニティの街づくりの視点が必要になる。本稿ではこの視点から地域包括ケアの在り方について提言を行う。

### 1) 街づくりの視点から地域包括ケアを考える

地域包括ケアのモデル事例は国内の各地域にすでに存在している。そうしたモデルのほとんどは、実は公的な制度として作られてきたものではない。地域の関係者、特に医療関係者の問題意識に基づく工夫の上に構築されてきたものがほとんどであるが、それだけに地域の実情が適切に反映されており、実際的なものになっている。広井氏は地域に安心感を与える「臍」的なものとして、地域住民の多くが医療機関をあげていることを指摘している<sup>1)</sup>。多くの高齢者にとって日常的な生活圏域は医療機関に通う距離に近いと思われる。そうであるならば、医療機関や介護サービス事業者が、医療や介護とは関係なく集まることができる場所や機会の設定に積極的に努めることは、高度高齢社会における街づくりの視点から重要であろう。以下、いくつかの例を紹介する。

#### (1) 医療機関が中心となった日常生活支援

地域包括ケアの重要な要素である食に着目した日常生活支援事業にいち早く取り組んだ組織として、青森市の浅めし食堂<sup>2)</sup>がある。これは地域の開業医である石木氏の、「法人の提供するデイサービスや外来リハビリテーションを利用している高齢者が、それ以外の日は家に閉じこもっていること」に対する問題意識をもとに作られたコミュニティレストランである。ここでは地域に住む虚弱な高齢者が1日に1回は外に出て、栄養士の管理した昼食を地域の他の住民と共に取り、そしてその場で交流する機会が医療機関によって意識的に作られている。このサービスを利用する高齢者は、家と浅めし食堂

の往復で運動リハビリテーションを行い、きちんとした食事をとることで栄養面の管理を、そして他の住民と交流することで精神的な安心感を持つことができるというように、そこで生活することが健康づくりやリハビリテーションになる工夫がされているのである。

北九州市のふらて会<sup>3)</sup>や茨城県常陸大宮市の博仁会<sup>4)</sup>では、要支援・要介護高齢者が介護サービス利用のために通うだけでなく、クラブ活動として農作業をしたり、法人が設置したコミュニティカフェで子供たちを対象としたフラワーアートの教室を開催するなどして、生産的な活動が行えるような生きがいづくりが工夫されている。

さらに広島県福山市の社会医療法人社団陽正会は、地域の住民が自由に集まれる集会所「コモンズ新市」を建設し、独居の高齢者も含めて様々なニーズを持った住民の日中の「居場所づくり」を積極的に行っている<sup>5)</sup>。この施設にはレストランや福祉農園も併設されており、総合的な日常生活支援の拠点となっている。

ヨーロッパの介護施設や医療施設には、美容院やブティック、保育所さらにはシアターなどが併設されている例が多く、しかもこれらは住民に開放されている。すなわち、医療施設や介護施設が地域住民が集まる仕掛けを作ることで、施設内外の（要介護）高齢者が孤立化することを防ぐ努力をしているのである（これを施設の社会化 Socialization という）。このような医療機関や介護施設を活用した街づくりが、我が国における地域包括ケアを進めるために必要であるし、また現在の社会経済状況を考慮すれば適切な案であると思われる。

## （２）医療機関と住宅政策の融合

住まいの在り方は医療・介護サービスの効率性に大きな影響を及ぼす。したがって、地域包括ケアを進めていこうとするのであれば、医療介護政策と住宅政策を融合させる必要がある。医療と住宅政策の融合はすでに国内の数か所で行われている。例えば、飯塚市の中心部に建つサンメディラック飯塚は国土交通省の地方都市リノベーション事業で建設された複合施設である<sup>6)</sup>。本事業は、地方都市の既成市街地において、既存ストックの有効利用及び民間活力の活用を図りつつ、持続可能な都市構造への再構築を図るため、地域に必要な都市機能（医療・福祉・子育て支援・教育文化・商業等）の整備・維持を支援し、地域の中心拠点・生活拠点の形成を推進することによる、地域の活性化を目的とするものである。サンメディラック飯塚はもともと市街地の中心部にあった西鉄のバスターミナルを建て直し、1階部分にコ

コンビニエンスストア、2階から4階に飯塚市医師会が入り、5階以上に62個の分譲マンションを合築したものである。飯塚医師会館内には急患センターと訪問看護ステーションが入居している。駐車場スペースなど若干の手狭感はあるが、直行バスで50分弱で福岡市の中心部まで行けること、コンビニエンスストアにATMや宅配のサービスがあること、といった利便性に加え、医療介護の安心感があることで好評である。

別の例としては川崎市のビバース日進町がある<sup>7)</sup>。JR川崎駅から徒歩10分ほどのところにあるビバース日進町は、1階から3階が医療法人社団 恒春会 馬嶋病院（医療療養病床85床）、4階が川崎市のデイケアセンター、5階から11階が川崎市住宅公社の高齢者対応住宅という複合施設である。我が国は、住宅政策に長いスパンでの社会保障政策としての視点が乏しかったために、公営住宅が、高齢者、特にADL障がいを持った高齢者が住み続けることを前提とした設計になっていない。多くの市営住宅、県営住宅は4階建て、5階建てのアパートであり、エレベーター等の移動支援設備がないことに加え、屋内もトイレ、浴室など多くのバリアが存在している。結果として、2階以上に住む高齢者が、軽度の移動障がいでも閉じこもりがちになり、日常生活の自立度が低下するという「作られた」要介護状態の原因になってしまう。現在、我が国は昭和の時代に建設された病院や公営住宅が建て替えの時期になっている。この時期を活用して各地域で、ビバース日進町のような複合施設を整備することが重要である。

北海道奈井江町立国保病院は一般病床18床、医療療養型32床からなるケアミックス病院である（12床は開放病床）<sup>8)</sup>。同病院では3階にあった一般病床46床を閉床・改修し、16室のサービス付き高齢者向け住宅（個室7室、夫婦部屋9室）とし、平成28年冬から運用を開始している。これは、人口減等による一般病床入院患者減少の一方で、町内における高齢者単身世帯・夫婦世帯の増加に対応するために行われた。これにより住み慣れた地域で安心して暮らせる住まいを確保し、必要時に医療・介護が受けられる安心した生活を提供する体制が整備された。家賃については、自治体経営であることを活かし、一定の家賃軽減を実施している。高齢化が進む北海道の地方都市では、病院が地域の高齢者にとって日常的に集まる場ともなっている。これを問題視するのではなく、その立地を生かし、地域住民との交流の場・社会参加推進の場としても活用することが目指されている。奈井江町では人口減少と少子高齢化の進行が著しく、後期高齢者の医療介護、そして生活をどのように効率的に支えていくかが喫緊の課題となっている。その意味でも

病院を地域包括ケアの各サービスを総合的に提供できる場として、それを中核に地域包括ケアシステムの視点からのコンパクトシティを構築していくという施策は理にかなっている。このような人口推移になる地域では、今ある資源を有効活用してこれからの人口減少社会を乗り切っていくという対応が適切であり、本県における中山間地域の地域包括ケア体制構築を考える上でも参考になる。

## 2) おわりに～求められる街づくりの視点～

地域医療構想やそれに続く地域医療計画、介護保険事業計画の第一の目的は「安心して住むことのできる街」を作ることにある。それは地域包括ケア体制の実現に他ならない。地域包括ケア制の理念では「ほぼ在宅、ときどき入院・入所」のケア体制が目指されている。これが可能になるにはその基盤としてしっかりした医療・介護サービス提供体制があることが必要である。そのためには病院の提供するサービスに加え、プライマリ・ケアを担う診療所の役割があらためて再認識される必要がある。診療所医師が高齢化し、継承問題もある地域では、仮に在宅医療を展開するとしてもその担い手の問題が発生する。さらに、そもそもプライマリ・ケア体制が不足している地域では、主治医意見書の交付や日常的な生活管理なども支障が生じるため、地域包括ケア体制の確立は難しい。このような状況になる可能性の高い地域は本県内にも数多くある。こうした地域のプライマリ・ケア体制をどのように維持していくのか、地方自治体においては街づくりの基本である「基本計画」で、そして県レベルでは地域医療計画の中で明確にその対策が記述されなければならない。活用可能な医療・介護資源が少ない自治体の場合、効率的にサービス提供を行うためにも住宅政策との連動が強く意識されなければならない。UR都市公団はその建て替えに際して医療介護施設を誘致し、居住者の安心を確保する事業を行っている（地域医療福祉拠点化事業）<sup>9)</sup>。各自治体における公的住宅の建て替えや住宅開発（再開発を含む）にあたっては、地域包括ケアの視点からの街づくりという理念のもと、各地域の医療介護関係者との十分な協議が行われることが必要である。そして、本稿で紹介したように、我が国の地域包括ケアの先進事例の多くは、「施設の社会化」という視点から医療機関が自主的に展開してきているものである。本県の医療介護関係者の街づくりへの積極的な参画が期待されるところである。

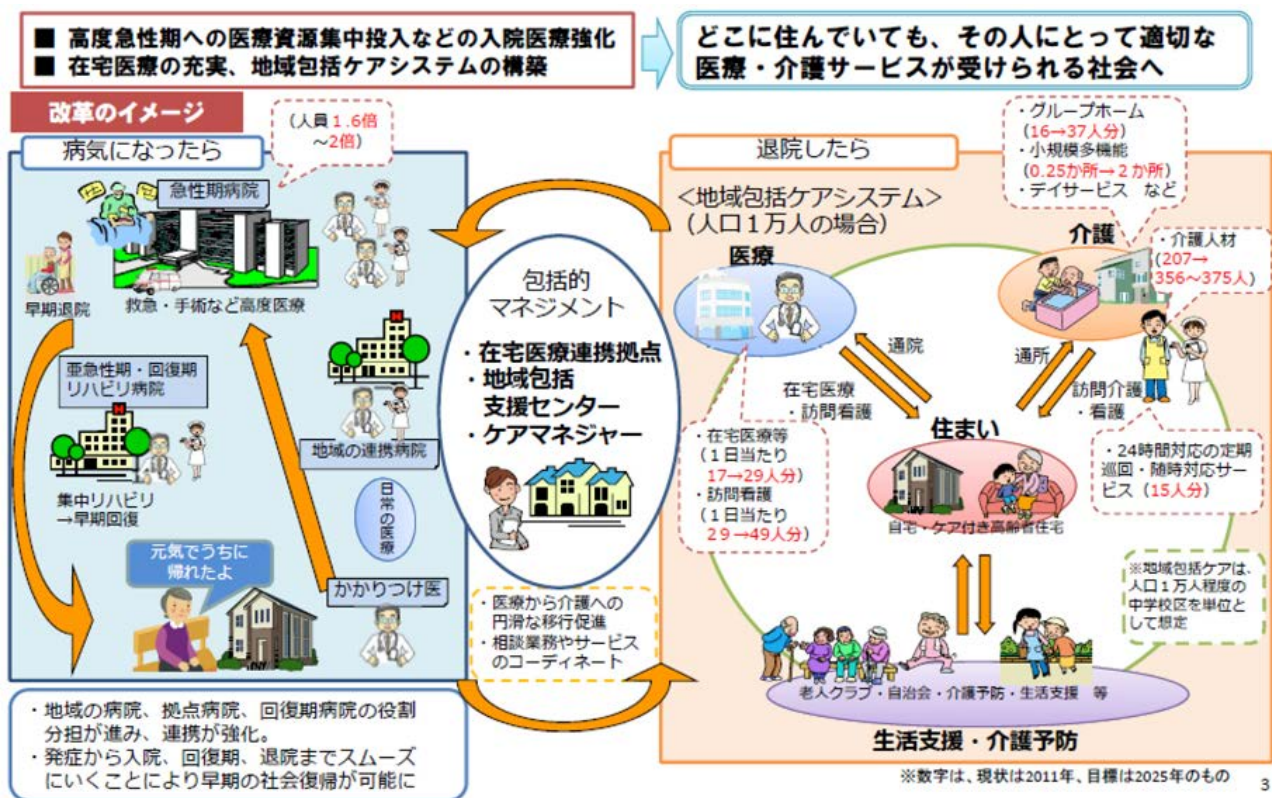
## 引用文献

- 1) 広井良典：地域コミュニティ政策に関する自治体アンケート調査，2007.
- 2) 浅めし食堂：<http://www.ikiiki-asamushi.net/asameshi-syokudou.html>
- 3) 松田晋哉：地域医療構想と民間病院（2）医療法人ふらて会 西野病院-病院の持つ「安心保障機能」の地域への開放・社会化の実践、病院 75(2)，134-140，2016.
- 4) 松田晋哉：地域医療構想と病院（3）博仁会 志村大宮病院 -地域リハビリテーションのネットワーク構築を通じたまちづくりへの積極的参画と地域共生型CCRCの提案、病院 75(3)，211-218，2016.
- 5) 松田晋哉：地域医療構想と民間病院（第4回）社会医療法人社団陽正会 寺岡記念病院コモンズ創設の試みとスローメディシンの実践、病院 75(4)，295-300，2016.
- 6) サンメディアラック飯塚：[http://www.nishitetsu.co.jp/release/2015/15\\_036.pdf](http://www.nishitetsu.co.jp/release/2015/15_036.pdf)
- 7) 川崎市住宅供給公社：[www.kawasaki-jk.or.jp/files/uploads/topics/pdf/h26.12.pdf](http://www.kawasaki-jk.or.jp/files/uploads/topics/pdf/h26.12.pdf)
- 8) 北海道地域医療構想：<http://www.pref.hokkaido.lg.jp/hf/cis/iryokeikaku/keikakukousou.htm>
- 9) UR都市機構：<http://www.ur-net.go.jp/welfare/kyoten/>

## 7 地域包括ケア、多職種連携におけるICTの役割

2025年問題を目前に重度介護の高齢者、認知症患者の増加に対応するため地域包括ケアが提唱された。

地域包括ケアとは厚労省の定義では「重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供されること」の実現とある。具体的には高齢者が病院で長期の入院生活を送ることなく、また介護施設にもなるべく入所せずに自宅で生活できるように、地域の多くの医療職種・介護職種（多職種連携）・地域住民・行政が協力して、支援体制を作ることである。



(図6)

少子高齢化で社会保障予算の大幅な増加が見込めないなかであって、高齢者には長く自立した生活を送ってもらい、限られた地域の資源を効率的に利用していく事が地域包括ケアの課題である。

その観点から地域包括ケアには以下のようなICTの活用が有用であると考えられる。



1) 多くの医療職種・介護職種（多職種連携）・地域住民・行政が協力するにあたって、安全に、正確な情報共有と即時の情報交換ができることは非常に重要である。従来の文書では迅速性に欠け、電話では正確でない場合もあるのでICTの利用が有用である。

現状では、電子カルテの内容や電子的に保存された情報をすべて同一の患者ホルダーに入れる情報交換のシステムが存在するが、「すべての電子情報」を対象とすると、人間では膨大な情報量を捌ききれず、必要な情報に行きつくまでに時間がかかってしまう場合がある。しかしながら、AI（人工知能）が今以上に発達すれば、多量の情報が同一フォルダーに入っている場合でも、必要な情報を短時間に、さらに適切な情報を入手することも可能となるであろう。

2) 高齢者の一人暮らしで、危険なことは、火の不始末、室内での転倒骨折によって動けなくなること、認知症による徘徊、不潔行為、入浴事故、そして詐欺にあうことなどが挙げられる。ICTやAI、IoTなどを利用することによって、これらの問題を解決できるかもしれない。在宅医療に従事する者の実感として、上記の問題に遭遇し、介護施設への入所を余儀なくされる高齢者は非常に多い。ICTやAI、IoTの発達によって、慣れ親しんだ自宅を離れることなく更に長期間生活することができるようになるであろう。

3) 高齢者は車の運転が困難となり、さらに足腰が悪くなり外出が困難となれば、引きこもりがちとなり、要介護状態と悪化する可能性も高くなる。延いてはそれがADLのさらなる低下、認知症の発症などの原因となる。運転しなくなっても移動手段としてシニアカー（電動カート）や電動車いす等の移動手段があるが、運転ミスによる事故が絶えない。

これも自動運転の車や自動運転の外出アシスト装置などができれば、高齢者の買い物難民の問題も解消する。自分の家で長く自立した生活が望める。

ICT、AI、IoTなどの技術革新が高齢者や障がい者の自立支援に更なる選択肢を提供することになるのは間違いない。

## 8 福岡県行政の取組み

医療、介護、予防、生活支援、住まいが一体的に提供される地域包括ケアシステムを構築していくためには、これらのサービス提供にかかわる機関・職種の連携を推進していかなければならない。

特に、医療、介護、予防の分野については、医師、看護職、リハビリ職、介護職等、高い専門性を有する様々な職種がかかわることから、ともすれば、職域の中で閉じがちになりがちな専門職が、相互連携の必要性を認識してコミュニケーションを図り、顔の見える関係づくりと他職種への理解を深めていくことが必要になる。

互いを理解し、顔のみえる関係を醸成するとともに、関係機関・職種のスムーズな連携を可能とする仕組みを整えていくことで、十分に連携のとれたサービス提供が可能となる。

また、医療・介護サービスに従事する訪問看護師等の専門職については、必要数を確保することと併せ、専門分野に係る知識・技術を深化させて、様々なケースに的確に対応できるようにすることが求められる。

さらに、在宅医療や地域包括ケアに対する住民等の理解を深め、必要に応じて専門職の業務をサポートする住民ボランティアの養成をすすめていくことも必要である。

これらに関する、本県の主な取組みは以下のとおりである。

### 1) 総合的な体制整備への支援

地域包括ケアシステム構築の主体となる市町村が、地域医療の中心的役割を果たす郡市区医師会をはじめとする関係者と連携しながら、地域の状況に応じた体制整備を進めることを支援するため、以下の事業を実施してきた。

#### ア 福岡県在宅医療推進協議会

県医師会、県歯科医師会、県薬剤師会、県看護協会、県訪問看護ステーション連絡協議会、県介護支援専門員協会等 18名の委員で構成されており、本県の在宅医療提供体制について、協議検討を行っている。

#### イ 地域在宅医療支援センター事業

平成 17 年度の医療制度改革を機に、「県民が望む場所で死を迎えられる終末期在宅緩和ケア体制整備」を目指して、24 時間の訪問看護サービス提供や医師の研修等を一部の地域で実施する中で、医療依存度の高い住民を受け入れる地域の体制や、病院と在宅の連携が十分でないことが明らかになり、平成 20 年に策定した県保健医療計画に在宅医療整備が重

点課題の一つに盛り込まれた。

このようなことから、平成 20 年から 4 か所の保健所に地域在宅医療支援センターを設置し、平成 22 年度には、県域の全ての保健所に設置を拡大し、在宅医療推進事業を実施してきた。

地域在宅医療支援センターにおいては、①情報収集・提供（在宅医療に関する情報収集、患者・家族や医療関係者への情報提供）、②患者・家族向け総合相談（在宅医療についての悩み・不安相談、在宅医療資源サービスに関する相談）、③医療従事者向け相談（患者のマネジメント、医療施設・訪問看護ステーション間の連携）、④医療従事者向け研修会を行うとともに、地域在宅医療推進協議会を設置し、地域在宅医療ネットワーク構築に関する様々な検討を行ってきた。

#### ウ 市町村在宅医療・介護連携拠点モデル整備事業

介護保険法の改正により、「在宅医療・介護連携推進事業」が、市町村の実施する地域支援事業に位置付けられるとともに、すべての市町村において平成 30 年当初まで（その後、平成 30 年度中に変更）に取り組むことが義務付けられたことを受け、モデル市町（9 市町：糸島市、粕屋町、遠賀町、嘉麻市、田川市、大刀洗町、みやま市、広川町、吉富町）を選定し、保健福祉（環境）事務所が、地域在宅医療支援センター事業におけるノウハウを活かし、モデル市町が、在宅医療・介護連携を円滑に実施できるよう支援する事業である（平成 27～29 年度の 3 年間の事業）。

この事業では、市町に専任職員を配置した上で、①在宅医療・介護の連携のあり方協議会の設置・開催、②認知症ネットワーク調整会議の設置・開催、③医療、介護、福祉資源情報の調査、④介護職向けの在宅医療研修会の実施、⑤住民向け啓発シンポジウムの開催を保健福祉（環境）事務所の支援のもとで実施している。

#### エ 在宅医療連携拠点整備事業

在宅医療・介護連携の実施主体である市町村を支援するため、郡市区医師会が実施する、医療に係る専門的な知識・経験が必要な医療・介護連携に関する取組みについて補助を行っている。

郡市区医師会においては、この事業における具体的取組として、①在宅医療相談窓口の設置、②同行訪問事業（在宅医療に従事する医師等との同行訪問により、在宅医療に携わる、かかりつけ医の育成・定着を狙う）、③退院時連携促進事業、④在宅療養提供体制の検討、⑤在宅医療推

進に係る研修会、⑥住民啓発等を実施している。

## 2) 連携推進のための仕組みづくり

### ア 関係機関が参画する協議会等の設置

県在宅医療推進協議会、地域在宅医療推進協議会（各保健福祉（環境）事務所）を設置し、在宅医療、医療・介護連携を推進するにあたっての課題、取組方針、事業評価等について、検討・協議を行っている。

### イ 訪問看護ステーション連携促進交流会等

本県の訪問看護ステーションは、従事者数（常勤換算）5人未満の事業所が約7割を占めるなど、人員体制上、24時間対応が難しい小規模事業所が多い。

このため、小規模ステーション間の連携による24時間・365日対応体制の整備を促すことを目的として、県内19地域ごとに、機能強化型訪問看護ステーション等の看護師がコーディネーターとなって、小規模ステーションの管理者が意見・情報交換を行う交流会を開催している。

また、訪問看護ステーションが年々増加する中で、経験やノウハウが不足している訪問看護ステーションからの、処遇困難ケースへの対処、法令解釈、事務処理方法等に関する相談に対応する、コールセンターの設置・運営を、県訪問看護ステーション連絡協議会に委託している。

### ウ 地域ケア会議の充実支援

地域包括支援センターまたは市町村が主催し、医師、看護師、介護職などの多職種による個別事例の検討を通じ、地域課題の把握、政策形成につなげる地域ケア会議は、多職種間の顔の見える関係づくり、ネットワーク構築にも非常に有効なツールであり、平成27年からは、介護保険法による制度的な位置付けも与えられた。

こうした地域ケア会議の開催と内容の充実を支援するため、本県では、県内4つのモデル地域の8市町（宗像医師会管轄地域：宗像市、福津市、浮羽医師会管轄地域：うきは市、飯塚医師会管轄地域：飯塚市、嘉麻市、桂川町、京都医師会管轄地域：苅田町、みやこ町）を対象として、①会議運営を支援するためのアドバイザー派遣、②会議のコーディネーター等に対する研修を実施するとともに、モデル市町以外の市町村に対しても、①地域包括支援センター及び市町村職員を対象とした実務者研修、②コーディネーター研修、③専門職（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、栄養管理者、歯科衛生士）を地域ケア会議における助

言者として育成する研修等を実施している。

#### エ とびうめネットの整備

福岡県メディカルセンターのサーバーに、かかりつけ医を通じて事前に同意を得た、高齢者等の診療情報、介護情報、生活情報等を登録し、多職種で共有することにより、緊急時の医療支援や退院支援、在宅療養・介護等の場面で活用を図るシステムの整備を支援している。

### 3) 人材の確保、資質向上と連携推進のための研修

#### ア 介護職員

本県の介護職員数は、平成 25 年 10 月現在で約 7 万人であったが、平成 37 年（2025 年）には、約 9 万 4 千人が必要になると見込まれている。

また、介護職員の有効求人倍率は、全職種平均を大きく上回る状況が続いており、経済状況が好転する中で、職員の確保は一層厳しくなってきている。

こうしたことから、地域包括ケアシステムを支える介護人材の安定的な確保と定着率の向上、資質の向上を図るため、県においては、「参入促進」（介護職への理解促進とイメージアップの推進等）、「資質向上」、早期離職防止とキャリア継続による資質向上のための「労働環境・処遇の改善」を 3 つの柱として、各種事業に取り組んでいる。

また、多職種連携については、介護職員技術向上研修等において、医療・介護連携の理解促進を図っている。

#### イ 訪問看護

訪問看護ステーションの経営安定化を図るため、訪問看護ステーションの管理者等を対象とした、人材育成や労務管理等のマネジメントに関する研修を実施するとともに、訪問看護師の養成と資質向上を図るため、①訪問看護に新たに従事する者を対象とした新任研修、②訪問看護の実践能力の向上を目的とした中堅研修を実施している。

また、県内を 19 地域に区分し、各地域の機能強化型訪問看護ステーション等の看護師が指導者となって、小規模ステーションの訪問看護師を対象に、看取り、高度な医療管理、がん末期の緩和ケア等を学ぶ同行訪問研修を実施するとともに、地域在宅医療支援センターにおいて、頻回訪問や夜間早朝訪問を複数ステーションで分担する際の情報共有や連携方法に関する研修を実施している。

## ウ その他

前述の地域在宅医療支援センター事業、市町村在宅医療・介護連携拠点モデル整備事業、在宅医療連携拠点整備事業において、医療、介護、その他関係者に対して在宅医療や多職種連携に関する研修を実施している。

また、国の研修を受講した県リーダーと医師、歯科医師、薬剤師、看護師、介護支援専門員、医療ソーシャルワーカー、理学療法士といった職種の代表で構成する、福岡県在宅医療多職種連携推進のあり方検討会において、在宅医療連携拠点整備事業で実施する多職種連携研修会を担う地域リーダーの養成研修を企画、実施している。

さらに、介護職向けの在宅医療研修会、介護施設等の看護職員に対する看取り研修や介護施設における看取りを促進するため、セミナーやパンフレットによる啓発も行っている。

## 4) ボランティア育成、住民啓発

### ア 在宅ホスピスボランティア

医師や看護師などの医療従事者、法律やコミュニケーションの専門家等を講師とした講座や介護実習により、在宅ホスピスボランティアとして活動する上で必要な点を学ぶ「養成講座」を実施し、医師や看護師らとともに在宅ケアチームの一員として活動するボランティアを養成している。

また、在宅ホスピスの普及に向け、在宅ホスピスフェスタなどの啓発イベントを実施している。

### イ 生活支援ボランティアの養成

住み慣れた地域における生活を継続するための支援体制を充実・強化するために、生活支援の担い手となるボランティアの養成研修を実施している。

### ウ その他の住民啓発の取組み

出前講座、公開講座、住民向けシンポジウムの開催等により、在宅医療、在宅医療・介護連携等に関する住民啓発を行っている。

## 5) 今後に向けて

平成 29 年 3 月に、より良質な医療サービスを受けられる体制の構築を目的とする県地域医療構想が策定され、平成 29 年度中には、県保健医療計画、県高齢

者保健福祉計画も策定予定である。地域の実情に応じ、一人一人のサービス受給者の状態にふさわしい、切れ目のない良質な医療・介護サービスが提供される体制の構築をめざし、これらの計画の着実な推進を図っていかねばならない。

これまでの、多職種連携に関する研修や多職種が参画する協議の場の設置等の取組みにより、専門職間の顔の見える関係づくり、多職種の協働・連携によるサービスの提供、地域住民の理解の醸成などの効果が現れてきている。

しかしながら、市町村の規模や社会資源の状況は大きく異なっており、また、これまで地域の医療行政は、基本的に県（保健所）が中心となって担ってきたため、市町村においては、医療機関とのかかわりの経験が不足しているという現状もある。

こうしたことから、市町村によって、関係者の理解・協力・参画の程度や連携システムづくりの難易度に差があることは否めず、現段階における進捗状況には差が生じている。

地域支援事業における在宅医療・介護連携推進事業の実施の義務付けなど、今後の地域包括ケアシステムの構築、多職種連携の推進については、制度的にも市町村が主体であることが、より明確化されてきており、県の取り組むべき事業についても、このことを前提としていくこととなる。

こうした中で、これまでの取組みによる成果や明らかになった課題に立脚し、市町村は、地域の実情を的確に把握しながら体制整備等を主体的に進めていくことが求められており、県は、その広域性、専門性を発揮しながら、市町村それぞれの状況を踏まえて、先進事例等の情報提供、保健・医療面での専門性を活かした支援、市町村行政と郡市区医師会をはじめとする関係機関間の調整などの取組みを行っていく必要がある。

また、医療、介護等の関係者は、自らの専門領域における専門性を高めることに加え、多職種間の顔の見える関係づくりをさらに進め、より質の高いサービス提供を可能とする連携体制づくりに取り組んでいく必要がある。

## 9 まとめ

会長諮問「福岡県における多職種連携を推進するための具体的方策」について委員の皆様から、本県における詳細な在宅医療の現況や先進的な取組み、様々な課題が提示された。

### 1)

(1) まず「福岡県における在宅医療の現況」が報告された。大きく三つの要点があり一つは①訪問診療の首座が施設訪問に移行していることであり、もう一つは②高齢者の都市部への移動が始まっていること、③最後にマンパワーと連携の問題である。自宅の概念が広がり住宅型老人ホームやサ高住に住処を移すことは介護者の少子化高齢化により仕方がないことであろう。同様に②の高齢者の都市部への移動は、利便性を求めたり、施設への入居のためと思われるが、今後都市部のマンパワーの不足が問題となる。また広域の過疎地に残り孤立化した高齢者ケアも課題となろう。③のマンパワーは介護者及び医療介護従事者の不足を意味しているが、特に在宅を担う医師のマンパワー不足は危機的な状況である。看護職介護職にしても若年層の訪問看護職・介護職離れは顕著であり今後海外からの人材確保を含め早急な対応を要する。

(2) 看取りは自宅と施設でほぼ同数となっている。今後施設の看取りが増加する可能性が強いが、介護職に対する看取り教育の早急な対応が必要となろう。ただし、県民の25%が最期まで自宅でのケアを望んでいることも事実であり、レスパイトケアなどショートステイや地域密着型サービスの充実により、最期までとは言わずとも病院や施設との「行ったり来たり」やぎりぎりまでの自宅ケアの充実も図る必要がある。

(3) 小児の在宅の問題はNICUのキャパシティの問題でもあるが、せっかく救命した命を家族の元に帰すことができないことは、子供の人権としても由々しき問題である。病院主治医と地域在宅医、小児科医、訪問看護、レスパイト施設、ヘルパー制度、救急隊などとの連携により、整備されなくてはならない喫緊の課題である。具体的には、主治医（病院医師）と副主治医（在宅医師）の関係維持、できれば地域小児科医師の協力、ICTを用いた連携体制の強化、複数訪問看護ステーションの連携体制、緊急時体制ルールの前調整、市町村生活支援・教育支援の平準化、医療ケア児レスパイト施設の増設とネットワーク化、市民への啓発などがあげられる。



2) 「医師・看護連携については」地域包括ケアにおけるもっとも重要なパートである。医師は地域包括ケアにおける指揮者として存在するが、医療と介護の要は看護の力であることは明白である。本県における高齢化率と訪問看護ステーション数の相関はあるにもかかわらず、死亡率と訪問看護ステーション数との相関が認められないというのは興味深いデータである。死亡率と訪問看護ステーション数は全国データでは相関が認められており、本県での訪問看護ステーション機能のより一層の強化が必要であろう。問題点はやはり従事者の高齢化や離職率の高さであることが示された。子育て支援や研修制度の充実など、より一層の支援が必要であり、訪問看護ステーションがより魅力ある職場になることが必要であることが示唆された。

3) 飯塚医師会は県内で現在もっとも多職種多機関連携が充実した地域の一つとなっている。しかしながら、その充実までに至る過程には紆余曲折もあり、他地域も参考にすべきであろう。また、地域包括ケアが在宅医療ばかりに目が行く傾向にあるが、在宅医療の推進に熱心な中小病院などの参画があること、さらに医師会長の強力なリーダーシップが必要であることが示唆された。特に5ブロック構想や地域啓発のための公開討論などまさに地域を巻き込んだ活動は注目されるものである。

4) 福岡市東区が多職種連携についても示唆に富んでいる。在宅医療を単に医療提供の場としてとらえるのではなく、ひろくプライマリ・ケアの手段としてとらえ、緩和ケアの充実も必要であるという点は、医師教育も含め、今後、地域包括ケアを支える医師概念のモデルとなるものであろう。もともと福岡市東区は医師会と行政の緊密な連携により早期から在宅ケアネットワークを立ち上げた地域であり、ノウハウの蓄積がある。メーリングリストの活用や緊急時のとびうめネット活用など先進的な実績が他地域へ波及することが期待される。ぜひアウトカム評価の指標をさらに明確にしていきたい。

5) 北九州市の問題は指摘されたように、人口の減少と高齢化の中で、豊富な医療資源をどう再編するかにある。モデルチェンジと表現されたなかには、平成30年改定後の介護医療院制度や医師連携の在り方なども含まれるであろう。北九州市は大都市であるがゆえに、区によって医療介護資源が異なる

り、地域包括ケアの単位は区レベルとなる。そのなかで区医師会では在宅医学会の立ち上げで、休日在宅当番制度の試みなども積極的に行われ今後の成果が期待される。提案された多職種・多機関連携実行会議の具体的な機能や指標作成については、今後の課題にあげられた市民の意向調査や事前指示などに関連すると想定されるが、多機関・多職種・市民の合意形成のもとに、緩やかな変革をまずは期待したい。福岡市と北九州市とを比較すると前者は人口流入にともなうマンパワーの足し算の難しさ、後者は人口減少、高齢化による医療資源の再編が課題で、例えると引き算の難しさである。しかしながら、いまある医療資源をただちに引き算するのではなく、行政と医師会が連携し資源を有効利用することで在宅・施設・病院の「行ったり来たり」を実現するための鍵となることを期待したい。

6) 今回まとめられた街づくりと地域包括ケアの関係は大変わかりやすい。多職種連携を広くとらえると、地域住民との連携にあり行政も巻き込んだ地域づくり街づくりに結び付く。先にまとめたとおり人口移動はすでに始まっているが、単なる住まいの移動ではなく地域のリノベーションに結び付くことが今後重要である。高齢者を新たな個室に閉じ込めることだけであれば、よりいっそうの地域破壊が進むが、交流の場としてのリノベーションが進めば、地域包括ケアが深化するものと思われる。資金面の課題なども多いが医師会・多職種・行政が緊密に連携することで今後のより良い街づくりが可能になると思われる。

7) ICTの役割は、情報の共有とケアの効率化のために今後必須であり、電子カルテとの連動は必要である。そのためには、情報共有や情報使用、情報漏洩のリスク回避などさまざまな課題があげられる。たぶん今後想像する以上の速さで進むと期待されるが、関連法令の整備も同じ速度で行われなくてはいけない。さらにIT化が進むと仕事量が減少すべきなのであるが、一過性に仕事量が増えることも危惧される。シンプルで人間的で（監視されることのない）IT、IoTシステムが構築され、即座に多職種が連携可能となり地域包括ケアがより良い方向にすすむことができるかが課題であろう。

8) 県行政は、この10数年間各2次医療圏において在宅医療推進協議会などを立ち上げ、職種間の連携や地域住民への啓発を行ってきた。在宅医療は確実に増加しつつあり、県行政が作り上げた地域在宅医療支援センターは神経

難病や小児在宅医療の進展に寄与している。しかしながら、地域包括ケアシステムの主体は市町村レベルに移り、医療経験実績に乏しい市町村をどう指導していくか、あるいは市町村と県がどう連携するかが今後の課題である。地域在宅医療支援センターのノウハウは、今後市町村が運営し、医師会が主に委託されるであろう在宅医療介護連携支援センターにうまく引き継がれることが期待される。その際、小さな町単位では運営が困難であるため、医師会レベルの地域で運営されることが今後の良好な地域包括ケア構築の鍵となるであろう。県行政には今後も広域で関わらざるを得ない神経難病患者や小児在宅医療において、いままでどおりの連携をお願いしたいと同時に、病・診連携、多職種研修、看・看連携において橋渡しになるよう期待したい。

#### 結語と謝辞

地域包括ケアは医療費介護費削減だけのためのツールになってはいけない。地域包括ケアを担う多職種の医療介護は大きな地域をささえる産業となっており、地域包括ケアは人材育成・地域街づくりのツールとなるはずである。今回委員の皆様には多地域、行政、多職種の連携の実践をまとめていただき具体的な方策が見えてきたと思われる。今後は同職種内の連携や、多機関の連携などさらなる連携の協議も課題となる。お忙しい中、各課題について詳細でかつタイムリーな記載をいただいた各委員の皆様に深謝いたします。



# 【参 考 资 料】



平成 28 年度・29 年度  
福岡県における在宅医療（訪問診療）の現況

平成 29 年 12 月

福岡県医師会 常任理事 辻 裕二





## I はじめに

平成 27 年度より始まった福岡県地域医療構想策定も終わり、現在は地域医療構想調整会議が行われている。このような中、地域医療構想策定途中で地域医療最後の受け皿である在宅医療は「在宅医療等」で一纏めにされ、将来予測も不明瞭な議論となっている。一方、福岡県では平成 24 年度（2012 年度）より福岡県保健医療計画における在宅医療分野を実行する際の基礎データとすることと、過去の調査結果と比較し取り組み状況等の変化を把握するため、県下の在宅療養支援診療所（在支診）・在宅療養支援病院（在支病）に対し調査を行っており、平成 28 年度も同様の調査が行われた。ただ、国の調査において在支診、在支病以外の一般医療機関、主に在宅時医学総合管理料（在医総管）・施設入居時等医学総合管理料（施設総管）届出施設でも少なからず訪問診療が行われているにも関わらず（**図表 1**）今まで調査が行われていなかった。そこで、さらに正確な在宅医療の現況を把握する目的で、平成 28 年度は福岡県医師会により福岡県が実施した同じ内容で在医総管・施設総管届出施設に対し追加調査を実施し、福岡県の調査と合わせて再集計を行った。さらには、第 7 次保健医療計画、第 7 期介護保険事業計画を見据え、平成 29 年度は福岡県医師会の提言も踏まえて調査内容を変更し、当初より在支診・在支病、在医総管・施設総管届出施設まで調査範囲を拡げ実施した。また、2025 年に向け在宅医療の需要予測が国より示されたが、今回の現況調査から見える需要予測と比較したので合わせて報告する。

## II 対象施設数および調査内容

### 1) 対象施設

平成 28 年度は 7 月 1 日時点で、平成 29 年度は 6 月 1 日時点で九州厚生局に届出がされている

在支診	888 か所（平成 28 年）	785 か所（平成 29 年）
在支病	69 か所（同上）	77 か所（同上）
在医総管・施設総管	327 か所（同上、医師会員のみ）	431 か所（同上）
合計	1,284 か所（同上）	1,293 か所（同上）

### 2) 調査内容

(1) 平成 28 年 7 月・29 年 6 月 1 か月間の訪問診療を行った人数  
(頭数、レセプト数)

(2) 訪問診療の場所は、自宅とそれ以外に分け調査。但し、平成 24 年度調査開始時よりサービス付き高齢者住宅（サ高住）は自宅に分類されているため平成 28 年度も自宅に含まれている。自宅以外には老人ホーム、グループホーム、介護保険関連 3 施設などいわゆる

高齢者施設が含まれる。平成 29 年度はサ高住は老人ホーム、グループホームなどとともに高齢者向け居住施設として分類調査し、純粹な自宅と分けた。

(3) ほかに、主たる診療科、訪問可能エリア、医師数、訪問回数、往診回数、課題など。平成 29 年度はこれに加え、今後の在宅可能数や外来での在宅医療に関する相談数、今後の在宅医療への取り組み予定などである。

(4) 看取りは、平成 28 年度は 4 月～7 月の 4 か月間の合計を調査し、1 年間に割り戻した。平成 29 年度は平成 28 年 4 月 1 日～平成 29 年 3 月 31 日までの 1 年間の実数を調査した。また、平成 29 年度は、自宅、高齢者向け居住施設、介護保険関連施設に分けて回答していただいた。

### Ⅲ 集計結果

#### 1) 回答率

	平成 28 年度		平成 29 年度	
在支診	824/888	92.7%	705/785	89.8%
在支病	63/69	91.3%	75/77	97.4%
在医総管・施設総管 診	213/297	71.7%	336/405	83.0%
在医総管・施設総管 病	24/30	80.0%	21/26	80.8%
診療所合計	1,037/1,185	87.5%	1,041/1,190	87.5%
病院合計	87/99	87.8%	96/103	93.2%
総合計	1,124/1,284	87.5%	1,137/1,293	87.9%

#### 2) 調査結果

平成 29 年度の調査結果の概要を次に示す。

##### (1) 訪問診療数 図表 2・3・4・5・6

診療所の合計は 24,411 人で内訳は、自宅が 6,555 人 (27.0%)、高齢者向け住居が 16,512 人 (67.9%)、介護関連施設が 1,239 (5.1%) であった。病院の合計は 3,590 人で、同じく 857 人 (23.9%)、2,680 人 (74.6%)、53 人 (1.5%) であった。診療所・病院の総合計は 28,001 人で (回答内容で合計が合わない施設が複数あるため右記各合計と総合計は一致しない)、同じく 7,412 人 (26.6%)、19,192 人 (68.8%)、1,292 人 (4.6%) であった。また医療圏別に比較すると、宗像、粕屋医療圏では自宅が 40% を超え、直方・鞍手医療圏では 20% 以下となっているがその他は概ね 25~30% であり、地域により差は見られるものの現在

の訪問診療の首座は高齢者向け居住施設となっている。

なお、今回小児の在宅医療についても調査を行い、28,001人中、15歳未満の小児が123人、15歳以上19歳以下が42人であり、訪問診療を提供している施設は34か所であった。

## (2) 福岡県における訪問診療の推計 図表2・20

実数では診療所、病院合わせて28,001人で、回答率87.9%より単純に100%に割り戻しすると31,256人となる。平成28年度調査での推計値は約31,000～32,000人であり、ほぼ一致する。また、国より示された患者住所地ベース（NDBより）の平成25年度の訪問患者数28,679人と、平成37年の国による推計値41,825人より推計される平成29年度の推計値33,061人とも概ね一致する。

一方、地域別に見てみると、特に福岡・糸島医療圏では、国の推計より2割ほど訪問診療数は多く、反対に粕屋、直方・鞍手、京築医療圏では3～5割ほど下回っていた。

## (3) 訪問診療実施率 図表4・5

訪問診療実施率は、複数医師で診療が行われている在支診・在支病とも1（単独強化型）・2（連携強化型）では90～100%と高いが、ほぼ一人で診療を行っている在支診3（その他）、および在支病3（その他）では85%前後、在医総管・施設総管届出診療所・病院では6割弱の実施率であった。

## (4) 医師一人あたりの受持ち可能数 図表4・5

また、1施設あたりの受持ち患者も上記（3）と同様、施設基準により大きな差がみられる。これを見ても、医師一人が通常の外来診療をしながら、受け持ち可能な在宅患者数は自宅で5～6人以内、施設で20人以内が概ね限度と思われ、これ以上の在宅患者を増やそうと考えれば、ほぼ医師複数体制にしなければならないことがうかがえる。

## (5) 在宅看取り 図表7

平成28年4月～平成29年3月の実数で3,318人、割り戻し推計で3,658人であった。3,318人の内訳は、自宅での看取りが1,614人、高齢者向け住宅が1,366人、介護関連施設が332人であり、自宅とそれ以外がほぼ半々であった。

## (6) 外来診療での訪問診療への相談、移行状況 図表8

平成28年4月～平成29年3月の1年間で約8,800余人の人から相談があり、そのうち約4,600人の患者が在宅医療へ移行し、さらには1,100人余りが在宅で看取られていた。

(7) 今後の訪問診療への取り組み予定 図表 9・10

全体の 25%の施設が今後在宅医療を増やすと回答、61%が現状維持したいとの回答であり、その中でも病院の 44%が増やす意向であり注目される。また、8%の施設が今後は在宅医療を縮小または撤退するとの回答であり、在医総管・施設総管届出施設の 15%が縮小意向であることも注意が必要である。

今後、必要に応じて新たな体制整備を講じたとして、6年後にどの程度まで在宅患者を増やすことができるのかとの問いには、全体で現在の 26%強、7,400 人余りは増やせるとの回答があっており、現在の訪問診療数に加えると約 35,000 人余りとなる。また、未回答の施設が 253 か所あり、今後体制整備を講じれば福岡県全体で約 40,000 人の在宅患者を受け入れ可能になると予想される。

(8) 訪問診療の今後の課題 図表 11

診療所では 24 時間対応体制をとるための連携医療機関の確保や緊急時の入院体制の確保、すなわち医療連携の体制整備がトップの課題であり、また病院では医師や看護師の確保がこれを上回っていた。また、独居高齢者の患者や家族への対応、診療報酬の問題がこれらに続いていた。

IV 過去調査との比較 図表 6・7・12

- 1) 福岡県では平成 24 年度より在支診・在支病に対する訪問診療の現況調査が行われてきたが、それを見ると、年々訪問診療数は増えてはきているものの自宅率（サ高住含む）は平成 24 年度 32.0%、同 26 年度 32.6%、同 27 年度 31.2%、同 28 年度 28.1%と徐々に減少しており、増加のほとんどが施設在宅である。なお、本年度の調査では、純粋な自宅率は 27%弱であり、サ高住での訪問診療数は全体の 2%程度と考えられた。
- 2) また、平成 28 年度が同 27 年度に比し、約 4,000 人強増加しているのは、平成 28 年度医療保険制度の改正により、施設在宅への適応が拡大・緩和されたことが大きく、そのほとんどが施設在宅の増加である。
- 3) 地域によりその推移は異なるが、今後の人口推移より推定される在宅医療は少なくともここ数年は急速な超高齢化により在宅医療の需要はどの地域も増加するはずである。しかしながら、平成 24 年度からの県調査の年次推移を地域別にみると、訪問診療数に変らない地域やむしろ減少してきている地域がみられる。
- 4) 看取りに関しては、在宅での看取りは平成 24 年度に比し平成 28 年度はほぼ倍増している。また本年度の調査で、自宅が全体の約半分で、残りの半分の多くは高齢者向け居住施設となっていた。

## V 福岡県における高齢者関連施設数 図表 13・14

資料は平成 29 年 5 月時点での、福岡県下における高齢者関連施設数である。高齢者向け居住施設は福岡県内に約 54,000 戸整備されているが、このうち約 20,000 人の方が訪問診療を受け、1 年間に 1,300 人を超える方が看取りをされていることになる。

福岡県では平成 24 年度より高齢者居住安定確保計画において、高齢者の 3% を目標に年 1,700 戸程度整備されてきたが、対高齢者比率を医療圏別に見てみると、かなり地域差がみられる。平成 30 年度からの整備計画は次期高齢者居住安定確保計画で現在検討中である。

## VI 要介護認定者推移よりみた各地域の在宅医療需要予測 図表 15～20

図表 15 は、地域医療構想策定でも使用された、要介護認定者（要支援 1 以上）の推計値である。県全体では現在より 2025 年には 30%、2040 年には 60% を超える増加が見込まれる。しかしながら、地域別にみるとその増加率は大きく異なり、福岡都市圏では 2040 年にはほぼ倍増する。

これをもとに、医療圏別訪問診療数需要数の推計を図表 16 に示す。推計方法は幾通りかあるが、今回は地域ごとの要介護認定者の 2017 年から 2025 年への予想増加率を、2017 年度の訪問診療数にかけ算出した結果、本県では 2025 年度には約 40,000 人の需要が必要であると推測される。一方、図表 20 は平成 29 年 8 月に国から示された指針をもとに県行政が算出した推計値である。2025 年の需要予測は自然増のみで約 41,000 人、病床の見直し等による追加的需要数が約 4,000 人、整備目標は合計で約 45,000 人となっている（図表 18・19）。しかしながら、県全体の予測は今回の調査とほぼ一致するが、地域別に見てみると大きく異なっている（図表 20）。

## VII 考察

- 1) 平成 28 年、29 年度の訪問診療現況調査より、本県では約 31,000～32,000 人の患者が訪問診療を受けていることが推測された。平成 29 年 9 月に国より示された指針を元に出された平成 29 年の福岡県の推計値 33,061 人とも概ね一致しており、今回の調査結果は非常に信頼できる結果であると考えられる。
- 2) 平成 23 年の県政モニターアンケート調査では県民の 85% 以上が終末期で「自宅で療養したい」と回答、しかし、そのうち 60% 以上は、最期まで自宅での療養は困難であると考えている（図表 21）。同様に平成 29 年度の県政モニターアンケート調査でも、県民の 58% が自宅で最後を迎えたいと思っているものの、そのうち 56% は実現が難しいと回答しており、その理由



の1、2位は自宅での介護力の問題、3位が経済力の問題で、4、5位が医療に関する問題である（図表22）。今回の調査で、訪問診療のうち、約27%弱（7,400人）が自宅でサービスを受け、1年間に約1,600人が看取りをされていた。また、約68%（19,100人）が高齢者向け住宅で、約5%（1,300人）が介護保険関連施設で訪問診療を受け、それぞれ、約1,370人、約330人が看取りをされており、福岡県における在宅医療の首座は、主に施設に移っていた。年次推移をみても訪問診療、看取りの増加のほとんどは施設であり（図表23）、県民がもつ問題意識そのままに在宅医療が拡がりをみせていることが伺える。

3) 二次医療圏別に地域別人口対や地域別65歳以上人口対で訪問診療数を見てみると、福岡・糸島医療圏、飯塚医療圏では県平均より突出して多く、また国の推計値よりもさらに高くなっており、反対に粕屋、直方・鞍手、京築医療圏では人口対比率が県平均よりかなり下回っており、国の推計値からもさらに下回っていた。今回の調査結果が医療機関所在地ベースであるのに対し、国の推計に使用されているNDBのデータが患者住所地ベースであることを合わせ考えられることは、相当数の訪問診療対象患者が医療圏を越えて移動し、住所を移動させないまま高齢者向け住居や介護保険関連施設で訪問診療を受けていること、ないしは医療機関が診療圏を越えて訪問診療を行っていること、またはその両方がこれらの地域およびその周辺地域において起こっていることが強く示唆され、今後の整備計画に生かされるべきと考える。一方、在宅患者の流出が多く、本来増えるべき在宅患者が増えない、または既に減少してきている地域もあり、患者住所地ベースのみで今後の整備計画を立てることは、実情に合わないヒト、モノ、カネの投資となりかねず、最大限の注意が必要である。また、在宅患者の現況と、高齢者向け居住施設、介護保険関連施設の整備状況と相関をみたが、今回の調査では一定の傾向はみられなかった（図表14）。しかしながら、訪問診療のうち、約7割が高齢者向け居住施設で訪問診療を受けており、施設の整備状況と、患者の流入、流出は何らかの関連があることも否定できず、今後さらに調査、分析が必要と思われる。

4) 2025年に向けた訪問診療の整備目標が本年8月に国から示され、自然増だけの推計値は、今回の調査推計とほぼ一致し福岡県全体では約40,000人～41,000人になると思われ現在よりさらに8,000人～10,000人近い整備が必要である。一方、地域別にみると、患者の流入・流出や、医療機関の地域を超えた訪問診療が相当数あることなどの要因により、今回国が示した患者住所地ベースの地域別推計値が今回の現況調査より推計される数と大きくずれ、現場にはそぐわない結果となっている地域もある。さらには、

病床機能見直しによる追加的整備も必要であるが、新類型である介護医療院への移行などが不確定なこともあり、今回の現況調査を今後毎年実施し、地域ごとにその増減を注意深く分析しながら、整備目標に幅をもたせて在宅医療を推進していく必要があると思われる。

また、現在訪問診療を実施している機関が仮に条件を整えば今後 40,000 人にも増やせそうな調査結果であった。しかしながら、整えるべき条件の上位は医療連携の体制整備、病院では医師や看護師の確保、独居高齢者の患者や家族への対応、診療報酬の問題などであり、どの条件も実現には相当の努力と施策が必要である。さらには、全体の 8% の機関は今後在宅医療を減らすまたは撤退する予定との回答であり、実際、平成 28 年度の調査時より、24 時間 365 日のしほりがある在支診のうち、ほぼ一人で診療を行っている在支診 3 の届出施設は約 100 件減少し、よりしほりが緩やかな施設基準へ移行していた。また、在宅医療担当医師の高齢化も大きな問題であり、在宅医療への新規医師参入不足と相まって在宅担当医の確保の困難さは深刻である。

## VIII 結語

平成 28 年度、29 年度にわたり、福岡県と合同で、福岡県における訪問診療の現況調査を行い以下の事が示唆された。

- 1) 在宅医療の首座は、高齢者向け住居に移っている。また、看取りも高齢者向け居住施設や介護保険関連施設での看取りが増え、全在宅看取りの約半数となっており、これらの施設が単に住居としてではなく、終の棲家として機能してきていることが示唆された。
- 2) 2025 年に向け、福岡県では少なくとも今後 8,000 人～10,000 人の在宅患者の自然増が見込まれる。また国の指針によれば、病床機能見直しなどにより追加的に 4,000 人程度上乗せが必要とされているが、不確定要素が多く、現在のところ追加的需要の推計は困難と考える。
- 3) 地域別に分析すると、住所をそのままに地域を越えた患者の流入・流出や、医療機関の地域を越えた訪問診療が相当数みられる地域もあり、地域包括ケアシステム構築の基本である「住み慣れた地域」の概念が変化してきていることも考えられ、今後はこれらの要素をしっかりと考慮したうえで整備計画を立てるべきである。
- 4) 福岡県全体では、条件を整えば現在の医療機関のみであと 7,000 人程度の在宅患者を増やすことが可能であるが、その整備すべき条件は実行困難な事項が多かった。
- 5) 福岡県における在宅医療の首座は高齢者向け居住施設であるが、今回の

調査では人口比の施設整備状況と訪問診療の地域差の関連を明確にはできなかった。今後、高齢者関連施設の整備計画において、単に数合わせに終わらせてはならず、終の棲家としての機能や高齢者を流出させない地域づくりの一環として高齢者関連施設を整備すべきと思われる。

## IX 出展、参考資料

- 1) 福岡県地域医療構想 平成 29 年 3 月
- 2) 平成 24～29 年度福岡県在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院・在宅時  
医学総合管理料および施設入居時等医学総合管理料届出施設調査結果
- 3) 平成 26 年度医療施設調査（厚生労働省）（特別集計）
- 4) 平成 27 年度国勢調査
- 5) 国立社会保障・人口問題研究所 市区町村別将来人口推計
- 6) 平成 23 年度、29 年度福岡県県政モニターアンケート結果
- 7) 福岡県第 7 次保健医療計画（素案）
- 8) 平成 28 年度第 2 回福岡県在宅医療推進協議会資料
- 9) 第 7 次医療計画及び第 7 期介護保険事業計画の整合性の確保について～介  
護・在宅医療の追加的需要への対応の考え方～ 平成 29 年 11 月 国・福  
岡県

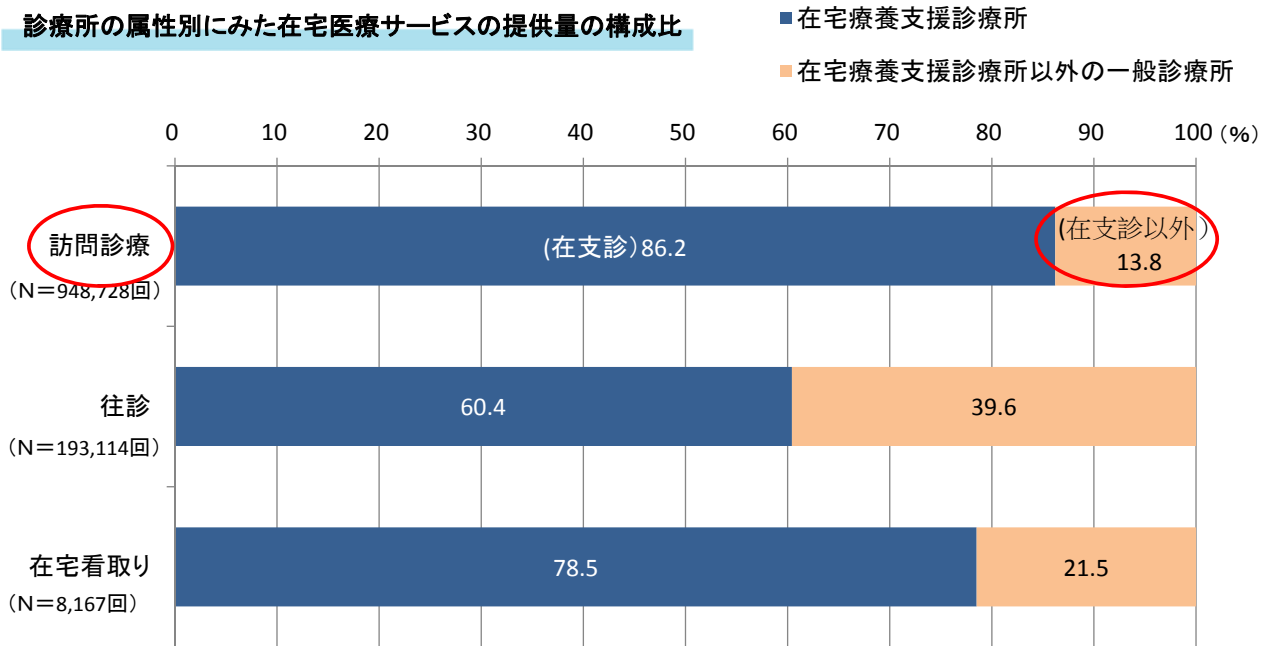


## 属性による在宅医療サービスの提供量の違い

図表 1

- 在宅医療サービスの提供量についてみると、訪問診療については、在支診によって全体の9割弱が提供されている。
- 往診や在宅看取りについては、在支診ではない一般診療所によって、全体の2～4割が提供されている。

### 診療所の属性別にみた在宅医療サービスの提供量の構成比



出典:平成26年度医療施設調査(厚生労働省)(特別集計)

## 平成29年度 在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院 在医総管・施設総管届出施設等調査

図表 2

### <在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院・在医総管および施設総管届出施設> 二次医療圏別

医療圏	在支診・在支病院・在医総管等			医師(常勤換算)			訪問診療(1か月間)			在宅看取り(1年間)			回答数	回答率
	数	人口	圏域内人口比率(対10万人)	常勤換算	全数推計	圏域内人口比率(対10万人)	患者数	全数推計	圏域内人口比率(対10万人)	患者数	全数推計	圏域内人口比率(対10万人)		
福岡・糸島	368	1,635,156	22.5	477	552	33.7	11,077	12,492	763.9	1,161	1,302	79.6	314	85.30%
粕屋	42	283,544	14.8	63	72	25.3	816	883	311.4	95	105	37.1	37	88.10%
宗像	30	155,297	19.3	42	51	32.9	718	879	566.1	140	156	100.7	26	86.70%
筑紫	63	433,521	14.5	91	95	21.9	1,685	1,724	397.7	183	188	43.3	60	95.20%
朝倉	34	83,924	40.5	39	41	48.9	494	524	624.3	34	36	43.4	32	94.10%
久留米	161	456,196	35.3	221	249	54.6	2,234	2,497	547.4	466	521	114.1	143	88.80%
八女・筑後	46	132,930	34.6	58	65	49.2	615	674	507.2	125	133	99.7	40	87.00%
有明	76	223,276	34	108	115	51.5	1,122	1,195	535.1	132	141	63.2	71	93.40%
飯塚	41	181,385	22.6	69	72	39.8	1,428	1,471	810.8	250	256	141.2	39	95.10%
直方・鞍手	33	109,075	30.3	36	38	35.3	501	530	485.7	36	38	34.9	31	93.90%
田川	27	126,104	21.4	32	33	25.8	561	566	448.4	39	39	31.2	26	96.30%
北九州	329	1,096,744	30	378	438	40	5,868	6,899	629.1	482	564	51.4	278	84.50%
京築	43	184,404	23.3	68	74	40.2	882	923	500.4	175	179	97.1	40	93.00%
<b>福岡県</b>	<b>1293</b>	<b>5,101,556</b>	<b>25.3</b>	<b>1,680</b>	<b>1,895</b>	<b>37.2</b>	<b>28,001</b>	<b>31,256</b>	<b>612.7</b>	<b>3,318</b>	<b>3,658</b>	<b>71.7</b>	<b>1,137</b>	<b>87.90%</b>
※人口は、「国勢調査(H27)」によるもの														
※全数推計は、調査結果を回答率で全数に割りもとしたもの														

平成29年度 在支援診療所・病院 在医総管・施設総管届出施設  
訪問診療現況調査結果 二次医療圏別・居所別比較

図表 3

訪問診療(1か月間)							
医療圏	患者数 (実数)	患者数 (割戻し推計)	圏域内 人口比率 (対10万人)	65歳以上 人口比率 (対1万人)	自宅(%)	高齢者住宅 (%)	介護保険施設 (%)
福岡・糸島	11,077	12,492	764	369	26.9	68.1	5.0
粕屋	816	883	311	142	45.8	51.1	3.0
宗像	718	879	566	207	40.9	59.1	0.0
筑紫	1,685	1,724	398	184	23.3	76.4	0.3
朝倉	494	524	624	203	25.5	52.0	22.5
久留米	2,234	2,497	547	208	30.9	65.9	3.2
八女・筑後	615	674	507	171	27.3	63.3	9.4
有明	1,122	1,195	535	160	30.4	64.5	5.2
飯塚	1,428	1,471	811	267	30.9	65.5	3.6
直方・鞍手	501	530	486	149	16.4	83.6	0.0
田川	561	566	448	133	25.3	65.4	9.3
北九州	5,868	6,899	629	215	20.7	74.3	5.0
京築	882	923	500	167	24.4	73.9	1.7
<b>福岡県</b>	<b>28,001</b>	<b>31,256</b>	<b>613</b>	<b>240</b>	<b>26.6</b>	<b>68.8</b>	<b>4.6</b>

平成28年度 在支援診療所・病院 在医総管・施設総管届出施設  
訪問診療現況調査結果 全体

図表 4

在支援診療所1				在支援診療所2				在支援診療所3				在医総管・施設総管診療所				合計			
自宅	以外	小計	看取り	自宅	以外	小計	看取り	自宅	以外	小計	看取り	自宅	以外	小計	看取り	自宅	以外	小計	看取り
371	1825	2184	67	2657	4630	7287	402	3457	10231	13688	401	446	727	1173	22	6931	17413	24332	892
施設数 7	回答あり 7	実施施設 7	実施率 100%	施設数 85	回答あり 80	実施施設 80	実施率 100%	施設数 796	回答あり 737	実施施設 582	実施率 78.9%	施設数 297	回答あり 213	実施施設 127	実施率 59.6%	施設数 1185	回答あり 1037	実施施設 796	実施率 76.70%
<b>自宅 17.0%</b>	<b>以外 83.6%</b>	平均訪問回数 5.4回/月	<b>自宅 36.5%</b>	<b>以外 63.5%</b>	平均訪問回数 2.3回/月	<b>自宅 25.3%</b>	<b>以外 74.7%</b>	平均訪問回数 2.5回/月	<b>自宅 38.0%</b>	<b>以外 62.0%</b>	平均訪問回数 1.9回/月	<b>自宅 28.5%</b>	<b>以外 71.6%</b>						
常勤換算平均 1施設 3.6人	常勤換算平均 1施設 1.720人	常勤換算平均 1施設 1.297人	常勤換算平均 1施設 1.116人																
1施設あたり 312.0人	1施設あたり 91.1人	1施設あたり 23.5人	1施設あたり 9.2人																
自宅 53.0人	自宅 33.2人	自宅 5.9人	自宅 3.5人																
以外 260.7人	以外 57.8人	以外 17.6人	以外 5.7人																

在支援病院1				在支援病院2				在支援病院3				在医総管・施設総管病院				合計			
自宅	以外	小計	看取り	自宅	以外	小計	看取り	自宅	以外	小計	看取り	自宅	以外	小計	看取り	自宅	以外	小計	看取り
178	159	337	30	366	646	1012	50	217	1153	1370	20	70	448	518	2	831	2406	3237	102
施設数 8	回答あり 7	実施施設 7	実施率 100%	施設数 17	回答あり 17	実施施設 16	実施率 94.1%	施設数 44	回答あり 39	実施施設 35	実施率 89.7%	施設数 30	回答あり 24	実施施設 17	実施率 70.8%	施設数 99	回答あり 87	実施施設 75	実施率 86.2%
<b>自宅 52.8%</b>	<b>以外 47.2%</b>	平均訪問回数 3.0回/月	<b>自宅 36.2%</b>	<b>以外 63.8%</b>	平均訪問回数 2.1回/月	<b>自宅 15.8%</b>	<b>以外 84.2%</b>	平均訪問回数 1.9回/月	<b>自宅 13.5%</b>	<b>以外 86.5%</b>	平均訪問回数 2.1回/月	<b>自宅 25.7%</b>	<b>以外 74.3%</b>						
常勤換算平均 1施設 5.85人	常勤換算平均 1施設 4.56人	常勤換算平均 1施設 3.21人	常勤換算平均 1施設 2.00人																
一施設あたり 48.1人	一施設あたり 63.3人	一施設あたり 39.1人	一施設あたり 30.5人																
自宅 25.4人	自宅 22.9人	自宅 6.1人	自宅 4.1人																
以外 22.7人	以外 40.4人	以外 32.9人	以外 26.4人																

★ 調査は平成28年7月1ヶ月の件数で実数 ★ 看取り数は平成28年4～7月4ヶ月の実数 ★ 自宅にはサ高住を含む

図表 5

平成29年度 在支援診療所・病院 在医総管・施設総管届出施設 訪問診療現況調査結果 全体

在支援診療所1					在支援診療所2					在支援診療所3					在医総管・施設総管診療所					診療所合計				
自宅	高住	介施	小計	看取り	自宅	高住	介施	*小計	看取り	自宅	高住	介施	*小計	看取り	自宅	高住	介施	小計	看取り	自宅	高住	介施	*小計	看取り
434	821	0	1255	197	2275	4914	423	7670	1294	3257	9347	747	13398	1180	589	1430	69	2088	163	6555	16512	1239	24411	2834
施設数	回答あり	実施施設	実施率	施設数	回答あり	実施施設	実施率	施設数	回答あり	実施施設	実施率	施設数	回答あり	実施施設	実施率	施設数	回答あり	実施施設	実施率	施設数	回答あり	実施施設	実施率	
8	8	8	100%	83	75	73	97.3%	694	622	527	84.7%	405	336	196	58.3%	1190	1041	804	77.2%					
自宅 34.6%				自宅 29.9%				自宅 24.4%				自宅 28.2%				自宅 27.0%								
有床診 4				有床診 15				有床診 152				有床診 61				有床診 232								
常勤換算平均 1施設 3.75人				常勤換算平均 1施設 1.68人				常勤換算平均 1施設 1.28人				常勤換算平均 1施設 1.25人												
1施設あたり 156.9 人				1施設あたり 102.3 人				1施設あたり 21.5 人				1施設あたり 6.2 人												

在支援病院1					在支援病院2					在支援病院3					在医総管・施設総管病院					病院合計				
自宅	高住	介施	小計	看取り	自宅	高住	介施	小計	看取り	自宅	高住	介施	小計	看取り	自宅	高住	介施	小計	看取り	自宅	高住	介施	小計	看取り
210	498	2	710	162	445	951	3	1399	242	188	923	48	1159	71	14	308	0	322	9	857	2680	53	3590	484
施設数	回答あり	実施施設	実施率	施設数	回答あり	実施施設	実施率	施設数	回答あり	実施施設	実施率	施設数	回答あり	実施施設	実施率	施設数	回答あり	実施施設	実施率	施設数	回答あり	実施施設	実施率	
9	9	9	100%	17	17	15	88.2%	51	49	43	87.7%	26	21	12	57.1%	103	96	79	82.2%					
自宅 29.6%				自宅 31.8%				自宅 16.2%				自宅 4.3%				自宅 23.9%								
常勤換算平均 1施設 4.11人				常勤換算平均 1施設 4.59人				常勤換算平均 1施設 2.67人				常勤換算平均 1施設 3.93人												
一施設あたり 78.9 人				一施設あたり 82.3 人				一施設あたり 23.7 人				一施設あたり 15.3 人												

★ 調査は平成29年6月1ヶ月の件数で実数      ★ 看取り数は平成28年4～平成29年3月1年間の実数  
 \*小計 患者の居所別数と合計数が合わない回答が複数あるため合計に解離あり

平成28年度・29年度 福岡県訪問診療調査比較

図表 6

		平成28年度(7月1ヶ月間)		平成29年度(6月1ヶ月間)				
		回答率	1124/1284	87.5%	回答率	1137/1293	87.9%	増減
施設数	診療所	在支診 1		7	在支診 1		8	1
		在支診 2		85	在支診 2		83	-2
		在支診 3		796	在支診 3		694	-102
		在医総管・施設総管 診		297	在医総管・施設総管 診		405	108
		小計		1185	小計		1190	5
	病院	在支病 1		8	在支病 1		9	1
		在支病 2		17	在支病 2		17	0
		在支病 3		44	在支病 3		51	7
		在医総管・施設総管 病		30	在医総管・施設総管 病		26	-4
	小計		99	小計		103	4	
訪問診療数(実数)	診療所	小計	24332	率	小計	*24411	率	
		自宅(サ高住含む)	6931	28.5%	自宅	6555	27.0%	
		その他	17413	71.5%	高齢者向け住居等	16512	67.9%	
	病院	小計	3237		介護施設	1239	5.1%	
		自宅(サ高住含む)	831	25.7%	小計	3590		
		その他	2406	74.3%	自宅	857	23.9%	
					高齢者向け住居等	2680	74.6%	
	合計	合計	27581		介護施設	53	1.5%	
		自宅(サ高住含む)	7762	28.1%	合計	*28001		
		その他	19819	71.8%	自宅	7412	26.6%	
				高齢者向け住居等	19192	68.8%		
				介護施設	1292	4.6%		
				全数推計	31256			
				全数推計	31000~32000			

\* 患者の居所別数と合計数が合わない回答が複数あるため合計に解離あり

図表 7

福岡県における在宅看取りの現況(1年間)							
医療圏	2012年	2015年	2016年	2016年			
	平成24年	平成27年	平成28年	平成28年	自宅	高住宅	介護施設
福岡・糸島	550	800	1,150	1,161	560	498	100
粕屋	70	98	120	95	62	29	2
宗像	83	119	139	140	86	41	15
筑紫	82	94	176	183	79	95	9
朝倉	43	23	18	34	10	11	13
久留米	194	389	522	466	220	181	61
八女・筑後	52	124	114	125	47	47	30
有明	77	91	104	132	69	53	13
飯塚	68	281	86	250	156	54	41
直方・鞍手	22	28	13	36	10	26	0
田川	26	20	34	39	16	23	0
北九州	305	443	558	482	208	231	41
京築	149	164	171	175	91	77	7
合計	1,721	2,674	3,205	3,318	1614	1366	332
			平成28年4月 ～7月の実数を 1年間に割戻し	平成28年4月～平成29年3月の実数			

図表 8

## 平成29年度在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院等調査

外来患者の在宅医療への移行 ※平成28年4月から平成29年3月末日までの1年間の合計

外来患者の移行人数	診療所	病院	在医総管等	合計
	3,102 人	1,128 人	360 人	4,590 人
(うち) 自宅で看取りを実施	464 人	127 人	60 人	651 人
(うち) 高齢者向け住居等で看取りを実施	297 人	57 人	36 人	390 人
(うち) 介護保険関連施設で看取りを実施	63 人	10 人	0 人	73 人

在宅医療に関する相談人数 ※平成28年4月から平成29年3月末日までの1年間の合計

内容	診療所	病院	在医総管等	合計
a. 外来患者のうち、在宅医療への移行及び訪問診療の相談を受けた総患者数	1,490 人	424 人	320 人	2,234 人
b. 外来患者以外の方からの在宅医療及び訪問診療の相談数	2,366 人	690 人	185 人	3,241 人
c. 高齢者向け住居の居住者及び介護保険関連施設からの在宅医療及び訪問診療の相談数	2,456 人	643 人	264 人	3,363 人

平成29年度在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院等調査

図表 9

在宅医療への今後の取組み予定

内容	診療所		病院		在医総管等		合計	
	ヶ所	%	ヶ所	%	ヶ所	%	ヶ所	%
a.現在より積極的に取り組みたい	198ヶ所	28%	33ヶ所	44%	57ヶ所	16%	288ヶ所	25%
b.現状を維持する	446ヶ所	63%	32ヶ所	42%	215ヶ所	60%	693ヶ所	61%
c.今後は減らす、または在宅医療から撤退する予定	33ヶ所	5%	2ヶ所	3%	54ヶ所	15%	89ヶ所	8%
d.その他	13ヶ所	2%	1ヶ所	1%	13ヶ所	4%	27ヶ所	2%
未回答	13ヶ所	2%	7ヶ所	9%	17ヶ所	5%	37ヶ所	3%
複数回答(aとbを選択)	1ヶ所	0%	0ヶ所	0%	0ヶ所	0%	1ヶ所	0%
複数回答(aとdを選択)	1ヶ所	0%	0ヶ所	0%	1ヶ所	0%	2ヶ所	0%

平成29年度在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院等調査

図表 10

必要に応じて新たな体制整備を講じたとして、6年後、平成35年(2023年)において1か月当たりの訪問診療(実患者数)を何人程度にしたいですか？

6年後の訪問診療患者数		診療所	病院	在医総管等	全体
		28,599 人	4,037 人	2,806 人	35,442 人
1医療機関あたりの平均人数		49 人	71 人	12 人	44 人
(内訳)	0人	11 ヶ所	0 ヶ所	19 ヶ所	30 ヶ所
	1~5人	99 ヶ所	6 ヶ所	86 ヶ所	191 ヶ所
	6~10人	119 ヶ所	7 ヶ所	63 ヶ所	189 ヶ所
	11~20人	100 ヶ所	2 ヶ所	26 ヶ所	128 ヶ所
	21~50人	129 ヶ所	21 ヶ所	24 ヶ所	174 ヶ所
	51~100人	68 ヶ所	11 ヶ所	7 ヶ所	86 ヶ所
	101~500人	51 ヶ所	10 ヶ所	1 ヶ所	62 ヶ所
	501人以上	3 ヶ所	0 ヶ所	0 ヶ所	3 ヶ所
	その他(不明、検討中等)	10 ヶ所	3 ヶ所	8 ヶ所	21 ヶ所
未回答	115 ヶ所	15 ヶ所	123 ヶ所	253 ヶ所	

必要に応じた体制を整備した場合の6年後の訪問診療患者増加率

	現在の訪問診療患者数	6年後の患者数	増加人数	増加割合
診療所	22,323 人	28,599 人	6,276 人	28.1%
病院	3,268 人	4,037 人	769 人	23.5%
在医総管	2,410 人	2,806 人	396 人	16.4%
合計	28,001 人	35,442 人	7,441 人	26.6%

図表 11

平成29年度在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院等調査

在宅医療を提供していく上での課題

課題内容	診療所			病院			在医総管等			合計		
	件数	割合	順位	件数	割合	順位	件数	割合	順位	件数	割合	順位
A. 医師の確保	191件	27%	5	46件	61%	1	91件	25%	4	328件	29%	4
B. 看護師の確保	153件	22%	6	29件	39%	2	72件	20%	5	254件	22%	6
C. 在宅医療に関する研修機会の確保	35件	5%	14	3件	4%	14	18件	5%	14	56件	5%	14
D. 24時間対応体制を維持するための連携医療機関の確保	267件	38%	1	21件	28%	3	172件	48%	1	460件	40%	1
E. 緊急時の入院体制(後方支援ベッド)の確保	229件	32%	3	7件	9%	11	135件	38%	2	371件	33%	2
F. 連携する訪問看護ステーションの確保	88件	12%	9	5件	7%	12	49件	14%	9	142件	12%	9
G. 無菌製剤を扱うことが出来る保険調剤薬局との連携の確保	9件	1%	18	1件	1%	17	3件	1%	17	13件	1%	18
H. 病院や診療所との在宅医療に関する認識や理解	77件	11%	11	10件	13%	9	20件	6%	13	107件	9%	11
I. 病院や診療所との在宅療養患者に関する情報の共有	47件	7%	13	13件	17%	6	24件	7%	11	84件	7%	12
J. 居宅介護サービス事業所との在宅療養患者に関する情報の共有	52件	7%	12	5件	7%	12	26件	7%	10	83件	7%	13
K. 地域住民の在宅医療への理解を促進するための情報の提供	78件	11%	10	9件	12%	10	21件	6%	12	108件	9%	10
L. 患者への「在宅医療計画書兼在宅診療同意書」の交付	33件	5%	15	1件	1%	17	11件	3%	16	45件	4%	15
M. 診療報酬の引き上げ	199件	28%	4	14件	19%	5	59件	17%	7	272件	24%	5
N. 患者の経済的負担の軽減	145件	21%	7	13件	17%	6	50件	14%	8	208件	18%	7
O. 小児の患者とその家族等への対応	10件	1%	17	2件	3%	16	3件	1%	17	15件	1%	17
P. 独居高齢者の患者とその家族等への対応	239件	34%	2	18件	24%	4	103件	29%	3	360件	32%	3
Q. 認知症の患者とその家族等への対応	131件	19%	8	11件	15%	8	61件	17%	6	203件	18%	8
R. その他	16件	2%	16	3件	4%	14	16件	4%	15	35件	3%	16
			上位1、2、3位			4、5、6位						

図表 12

	福岡県 訪問診療数 年次推移 (各年7月の1ヶ月患者数、平成29年度は6月の1ヶ月) (福岡県在宅医療調査結果 在支診・病のみ)						在医総管 施設総管 届出施設		医療圏
	2012年 平成24年	2013年 平成25年	2014年 平成26年	2015年 平成27年	2016年 平成28年	2017年 平成29年	2016年 平成28年	2017年 平成29年	
福岡・糸島	8,493	8,962	8,646	9,537	12,063	11,881	340	472	福岡・糸島
粕屋	942	919	894	914	942	856	4	19	粕屋
宗像	248	443	421	667	929	864	31	13	宗像
筑紫	1,094	1,569	1,759	1,475	1,631	1,634	75	79	筑紫
朝倉	413	442	486	496	511	517	9	7	朝倉
久留米	1,308	1,529	1,562	1,823	2,128	2,228	208	233	久留米
八女・筑後	443	440	420	425	534	654	2	16	八女・筑後
有明	916	920	897	840	908	936	128	242	有明
飯塚	714	846	1,114	1,120	1,027	1,309	91	152	飯塚
直方・鞍手	416	372	598	441	328	482	194	44	直方・鞍手
田川	265	364	214	276	566	507	24	54	田川
北九州	4,410	4,609	4,358	4,890	5,654	5,718	512	957	北九州
京築	1,565	1,360	1,072	938	869	760	73	122	京築
	<b>21,227</b>	<b>22,775</b>	<b>22,441</b>	<b>23,842</b>	<b>28,090</b>	<b>28,345</b>	<b>1,691</b>	<b>2,410</b>	
	100%へ割り戻し						割り戻し		
	<b>32.0%</b>		<b>32.6%</b>	<b>31.2%</b>	<b>28.1%</b>	<b>26.7%</b>	<b>30.5%</b>	<b>25.0%</b>	← 自宅
				サ高住含む				サ高住含まず	
	78.1%		86.2%	85.3%	91.4%	90.5%	72.4%	82.8%	← 回答率



図表 13

福岡県内高齢者関連施設（平成29年5月現在）（福岡県医師会集計）

医療圏	高齢者向け住まい(居住系施設)								介護保険施設				平成28年	合計	平成28年		
	サ高住	軽費老人H (旧A型)	経費老人H (ケアハウス)	有料老人ホーム (住宅型)	有料老人ホーム (介護付)	有料老人ホーム (健康型)	グループH	小計	特別養護老人H	特別養護老人H (地域密着型)	介護老人保健施設	介護療養型医療施設				小計	
福岡・糸島	2,890	280	1,067	6,148	4,212	0	1,991	16,588	16,480	5,433	555	3,042	864	9,894	9,354	26,482	25,834
粕屋	346	0	177	1,018	449	0	297	2,287	2,156	670	49	585	490	1,794	1,796	4,081	3,952
宗像	229	0	159	767	326	0	189	1,670	1,622	504	87	350	229	1,170	1,130	2,840	2,752
筑紫	668	150	160	1,233	931	0	390	3,532	3,590	843	67	660	362	1,932	2,044	5,464	5,634
朝倉	189	50	80	358	43	0	117	837	848	630	0	548	0	1,178	1,070	2,015	1,918
久留米	643	50	405	1,576	553	0	1,206	4,433	4,439	1,260	479	1,270	365	3,374	3,256	7,807	7,695
八女・筑後	173	70	80	546	89	0	369	1,327	1,328	955	29	630	0	1,614	1,668	2,941	2,996
有明	412	130	180	733	351	0	504	2,310	2,251	1,260	46	1,118	218	2,642	2,647	4,952	4,898
飯塚	485	150	218	545	365	10	367	2,140	2,085	1,120	98	790	117	2,125	2,125	4,265	4,210
直方・鞍手	379	100	292	399	473	0	423	2,066	2,016	560	0	684	90	1,334	1,334	3,400	3,350
田川	244	0	209	509	312	0	774	2,048	2,001	1,390	0	760	51	2,201	2,171	4,249	4,172
北九州	1,522	450	968	4,523	2,766	0	2,339	12,568	12,045	5,407	623	3,469	589	10,088	9,913	22,656	21,958
京築	245	50	190	839	724	0	368	2,416	2,397	958	107	964	35	2,064	2,028	4,480	4,425
合計	8,425	1,480	4,185	19,194	11,594	10	9,334	54,222	53,258	20,990	2,140	14,870	3,410	41,410	40,536	95,632	93,794
平成28年	8,247	1,480	4,465	18,554	11,594	10	8,908			19,977	1,892	14,756	3,911				

図表 14

福岡県内高齢者関連施設（平成29年5月現在）の対人口比率

医療圏	高齢者向け住まい			介護保険施設			合計	福岡県 医療圏別 人口	福岡県 医療圏別 人口 65歳以上
	小計	圏域内 人口対 (対10 万人)	圏域内 65歳以上 人口対 (対10 万人)	小計	圏域内 人口対 (対10 万人)	圏域内 65歳以上 人口対 (対10 万人)			
福岡・糸島	16,588	1,014	4,904	9,894	605	2,925	26,482	1,635,156	338,231
粕屋	2,287	807	3,686	1,794	633	2,892	4,081	283,544	62,039
宗像	1,670	1,075	3,935	1,170	753	2,757	2,840	155,297	42,444
筑紫	3,532	815	3,774	1,932	446	2,064	5,464	433,521	93,591
朝倉	837	997	3,249	1,178	1,404	4,573	2,015	83,924	25,758
久留米	4,433	972	3,701	3,374	740	2,817	7,807	456,196	119,790
八女・筑後	1,327	998	3,372	1,614	1,214	4,102	2,941	132,930	39,350
有明	2,310	1,035	3,095	2,642	1,183	3,540	4,952	223,276	74,627
飯塚	2,140	1,180	3,884	2,125	1,172	3,856	4,265	181,385	55,103
直方・鞍手	2,066	1,894	5,789	1,334	1,223	3,738	3,400	109,075	35,687
田川	2,048	1,624	4,815	2,201	1,745	5,175	4,249	126,104	42,530
北九州	12,568	1,146	3,925	10,088	920	3,151	22,656	1,096,744	320,186
京築	2,416	1,310	4,359	2,064	1,119	3,724	4,480	184,404	55,428
合計	54,222	1,063	4,156	41,410	812	3,174	95,632	5,101,556	1,304,764

人口は国勢調査  
(平成27年)によるもの

図表 15

福岡県における要介護認定者(要支援以上)推計

医療圏	2015年 要介護認定者	2015→2025年 要介護認定者 増減率	2015→2040年 要介護認定者 増減率	福岡県人口	65歳以上人口	65歳以上 比率(%)	65歳以上の 要介護認定 比率(%)
福岡・糸島	67587	46.0%	104.2%	1635156	338231	20.7	20.0
粕屋	11343	41.2%	92.0%	283544	62039	21.9	18.3
宗像	8331	33.3%	68.6%	155297	42444	27.3	19.6
筑紫	17063	45.8%	104.1%	433521	93591	21.6	18.2
朝倉	5767	18.2%	36.7%	83924	25758	30.7	22.4
久留米	24635	28.5%	54.4%	456196	119790	26.3	20.6
八女・筑後	8853	17.7%	32.3%	132930	39350	29.6	22.5
有明	16518	12.5%	16.2%	223276	74627	33.4	22.1
飯塚	11762	17.3%	31.2%	181385	55103	30.4	21.3
直方・鞍手	7649	17.8%	26.6%	109075	35687	32.7	21.4
田川	9034	11.6%	14.7%	126104	42530	33.7	21.2
北九州	66127	30.9%	49.9%	1096744	320186	29.2	20.7
京築	11281	22.5%	36.6%	184404	55428	30.1	20.4
<b>合計(人)</b>	<b>265950</b>	<b>32.2%</b>	<b>63.8%</b>	<b>5101556</b>	<b>1304764</b>	<b>25.6</b>	
		<b>351483</b>	<b>435567</b>				
要介護1以上(人)	193449	34.2%	70.9%	※上記人口は国勢調査(2015年)による			
		259692	330672				
要介護3以上(人)	96455	36.4%	78.2%				
		131640	171959				

※出展 国立社会保障・人口問題研究所 市区町村別将来推計人口 平成25年3月1日推計時点  
 ※推計方法:「年齢階級別人口あたり要介護者数」×「各市区町村人口」

図表 16

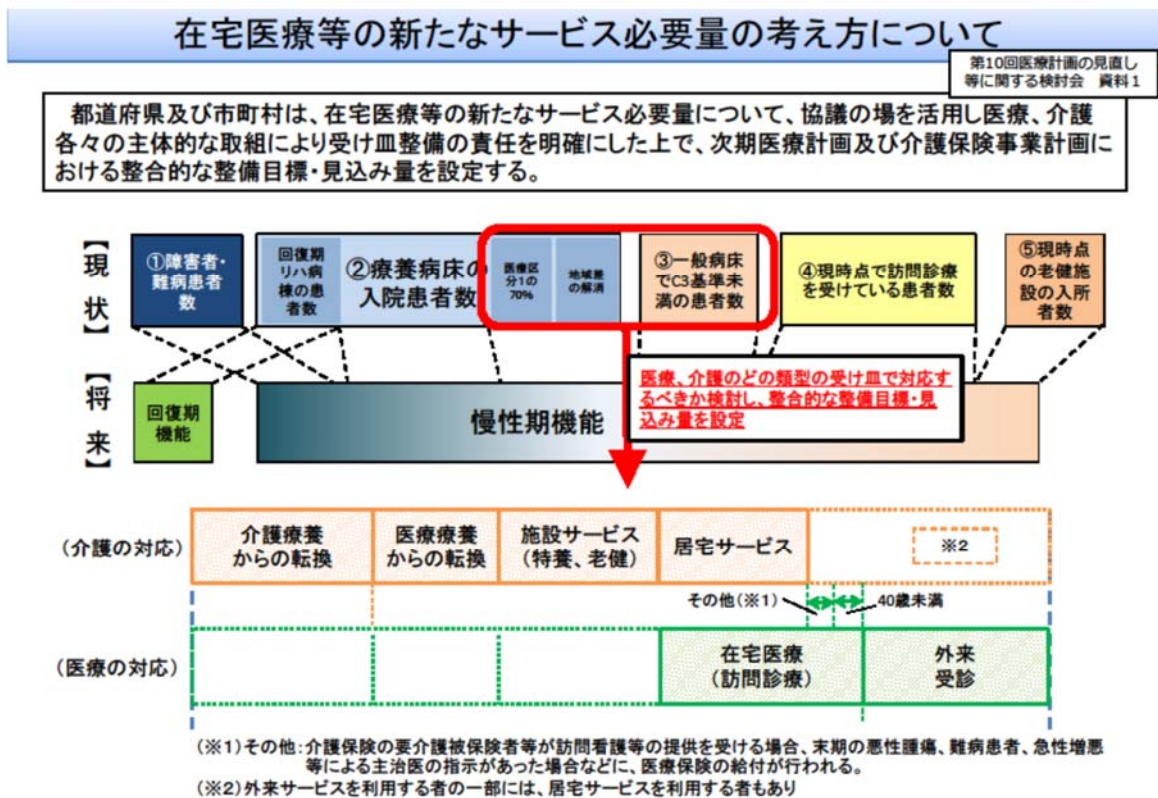
福岡県における現況調査および要介護認定者推計よりみた  
2025年の訪問診療数推計

医療圏	2015年 要介護認定者	2017年 要介護認定者 推計	2017年 訪問診療数 全数推計	2025年 要介護認定者 推計	2025年 訪問診療数 需要予測
		a	b	c	d
福岡・糸島	67587	73808	12492	98695	16704
粕屋	11343	12278	883	16018	1152
宗像	8331	8885	879	11103	1098
筑紫	17063	18626	1724	24878	2303
朝倉	5767	5977	524	6816	598
久留米	24635	26039	2497	31654	3036
八女・筑後	8853	9166	674	10418	766
有明	16518	16932	1195	18585	1312
飯塚	11762	12169	1471	13799	1668
直方・鞍手	7649	7922	530	9013	603
田川	9034	9245	566	10086	618
北九州	66127	70220	6899	86593	8508
京築	11281	11790	923	13824	1082
<b>合計(人)</b>	<b>265950</b>	<b>283057</b>	<b>31256</b>	<b>351483</b>	<b>39446</b>

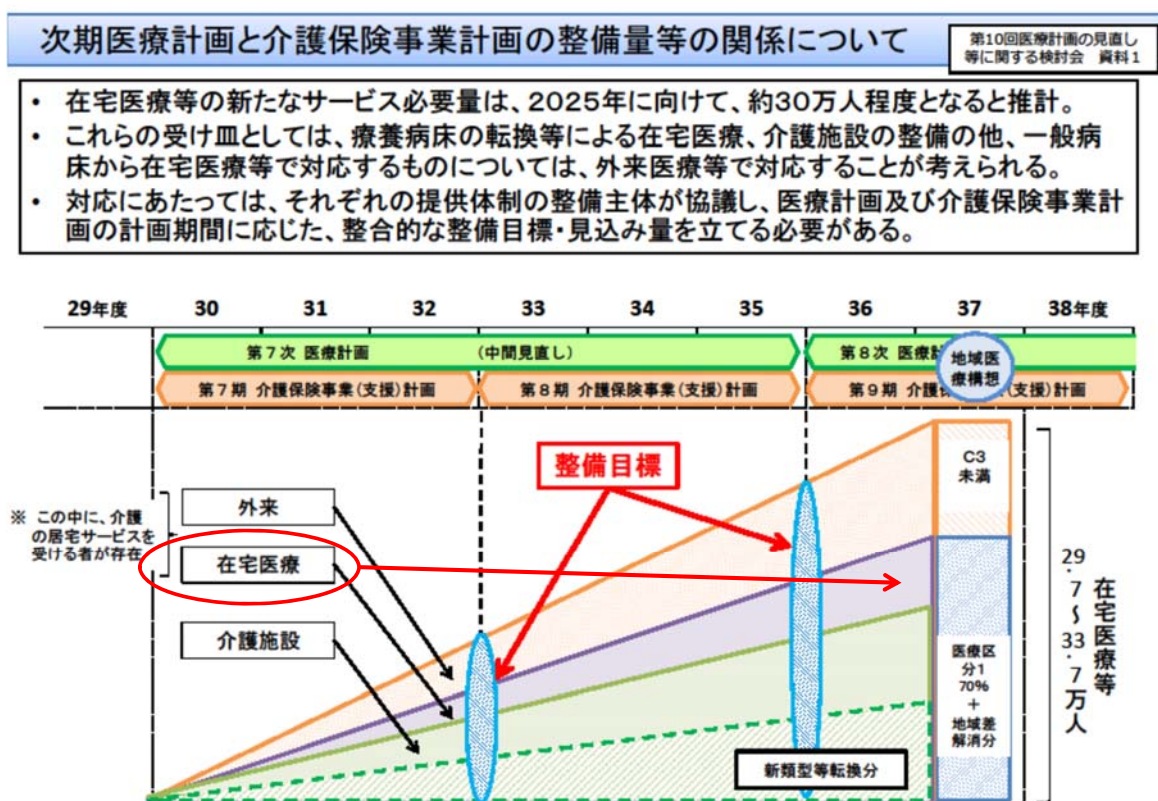
※出展 国立社会保障・人口問題研究所 市区町村別将来推計人口 平成25年3月1日推計時点  
 ※推計方法:「年齢階級別人口あたり要介護者数」×「各市区町村人口」  
 ※  $d = c * b/a$



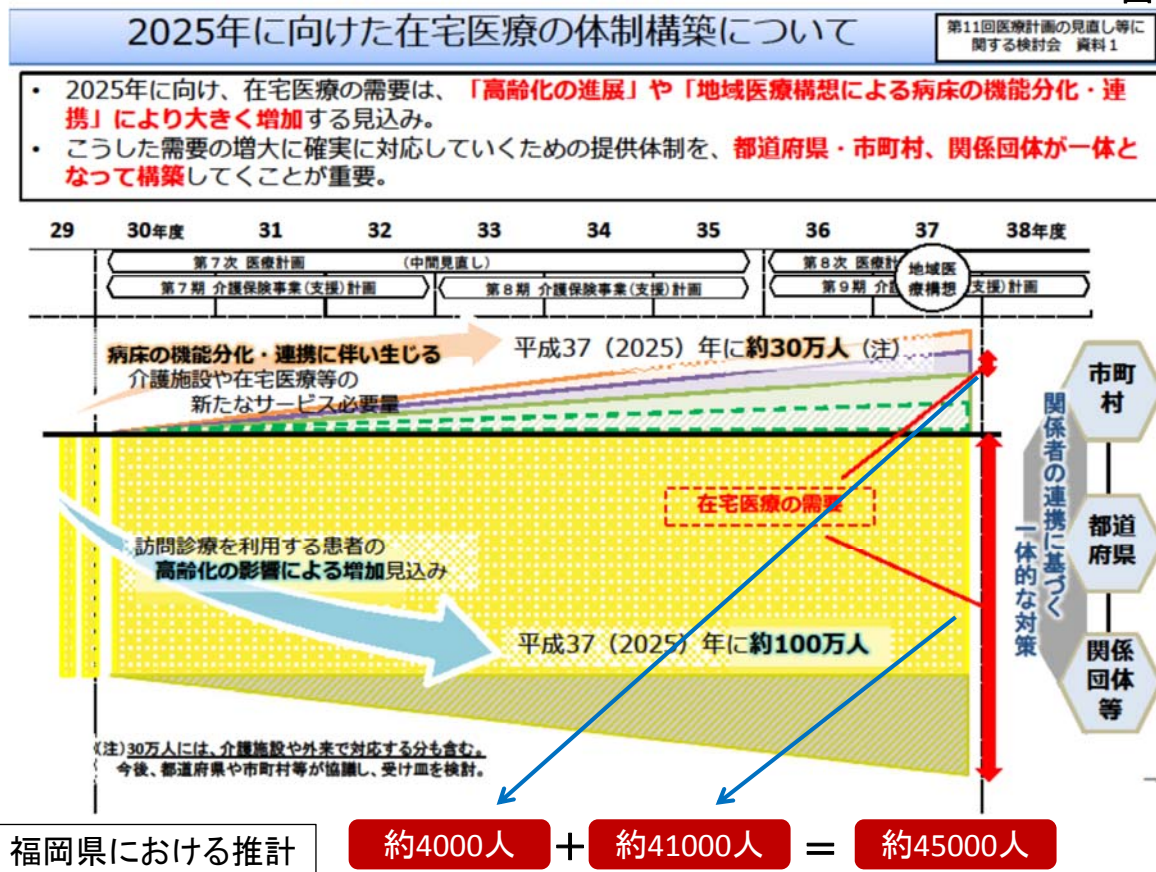
図表 17



図表 18



図表 19



福岡県医師会、国の指針による訪問診療数推計・需要予測の比較

図表 20

医療圏	65歳以上人口 (平成27年)	福岡県医師会、福岡県による訪問診療現況調査 及び要介護認定者推移より試算 医療機関所在地ベース				国の指針による 福岡県での試算 患者住所地ベースのNDB					
		平成29年 患者実数	平成29年 全数推計	65歳以上 人口対比率 (対1万人)	平成37年(2025年) 需要予測		平成25年	平成29年 推計	65歳以上 人口対比率 (対1万人)	平成37年推計	
										自然増のみ	追加的需要 合算
福岡・糸島	338,231	11,077	12,492	369	16,704	19,056	8,830	10,868	321	14,944	15,918
粕屋	62,039	816	883	142	1,152	1,314	1,106	1,318	212	1,742	1,974
宗像	42,444	718	879	207	1,098	1,253	751	852	201	1,054	1,184
筑紫	93,591	1,685	1,724	184	2,303	2,627	2,057	2,490	266	3,355	3,756
朝倉	25,758	494	524	203	598	682	455	483	188	539	656
久留米	119,790	2,234	2,497	208	3,036	3,463	2,422	2,704	226	3,268	3,691
八女・筑後	39,350	615	674	171	766	874	591	628	160	702	841
有明	74,627	1,122	1,195	160	1,312	1,496	1,372	1,418	190	1,510	1,643
飯塚	55,103	1,428	1,471	267	1,668	1,903	1,272	1,339	243	1,472	1,554
直方・鞍手	35,687	501	530	149	603	688	1,046	1,111	311	1,241	1,305
田川	42,530	561	566	133	618	704	666	688	162	731	775
北九州	320,186	5,868	6,899	215	8,508	9,705	6,761	7,690	240	9,549	10,422
京築	55,428	882	923	167	1,082	1,235	1,350	1,473	266	1,718	1,878
<b>福岡県</b>	<b>1,304,764</b>	<b>28,001</b>	<b>31,256</b>	<b>240</b>	<b>39,446</b>	<b>45,000</b>	<b>28,679</b>	<b>33,061</b>	<b>253</b>	<b>41,825</b>	<b>45,603</b>

a b

★  $b = a / 39446 * 45000$  a、bとも自然増のみ

# 終末期の療養場所に関する希望（福岡県）

図表 21

平成23年 県政モニターアンケート調査

（末期がん等の場合）どこで最期を過ごしたいですか？

最後まで自宅 23.9%	自宅で療養し、 必要になれば入院 62.6%	早い内 から入院 11.3%	他 2.1 %
-----------------	------------------------------	----------------------	---------------

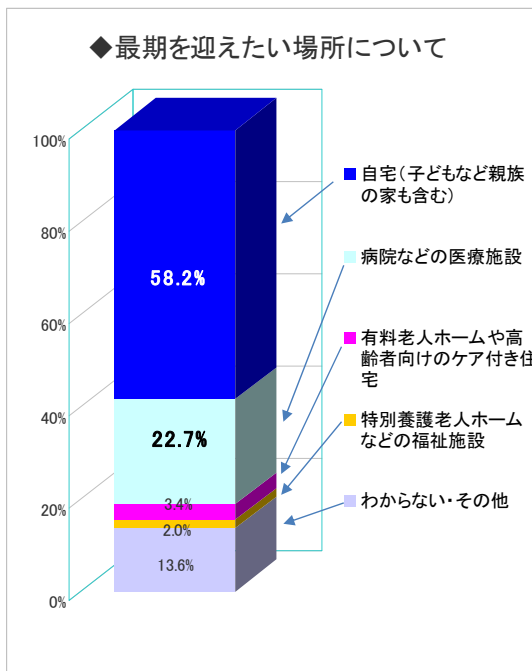
**自宅で療養したい  
86.5%**

- 国民の80%以上、県民の85%以上が終末期を「自宅で療養したい」と回答。
- しかし、自宅療養を希望する国民のうち60%以上は、最期まで自宅での療養は困難であると考えている。
- 住み慣れた環境でできるだけ長く過ごせるよう、また、望む人は自宅での看取りも選択できるよう、在宅医療を推進していく必要がある。

# 福岡県第7次保健医療計画（素案）

図表 22

H29年度 福岡県「第3回県政モニターアンケート」



1 在宅医療をとりまく状況  
 福岡県の平成29年度県政モニター調査では、県民の**58%**が**自宅で最後を迎えたい**と思っているものの、**そのうち56%は実現が難しい**と回答しています。自宅で最後を過ごすためには、介護してくれる家族に負担があまりかからないこと、経済的余裕があること、急変時の医療体制があること等が必要条件であると考えられています。

◆自宅で最期を迎えるために必要な条件

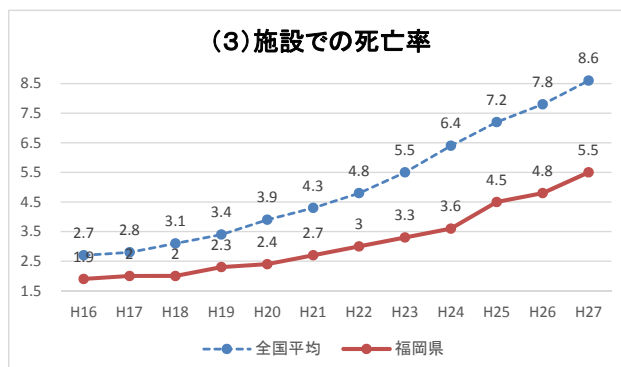
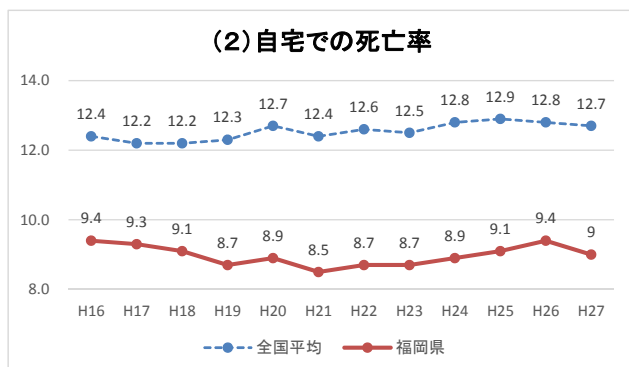
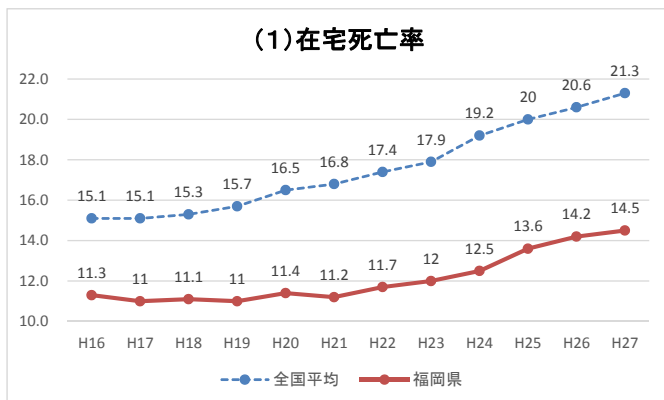
順位	項目
1	家族に負担があまりかからないこと
2	介護してくれる家族がいること
3	経済的に余裕があること
4	急変時の医療体制があること
5	自宅に往診してくれる医師がいること
6	家族の理解があること
7	訪問看護が受けられること
8	自宅が介護できる住居構造になっていること
9	ホームヘルパーなどの訪問介護が受けられること



図表 23

福岡県における在宅死亡率

★福岡県の在宅死亡率は増加傾向にあるものの、全国平均と比較して低い。  
 ★在宅を自宅と施設に分けた場合、自宅での死亡率と比較して施設での死亡率が大きく増加しており、在宅死亡率増加の要因となっている。



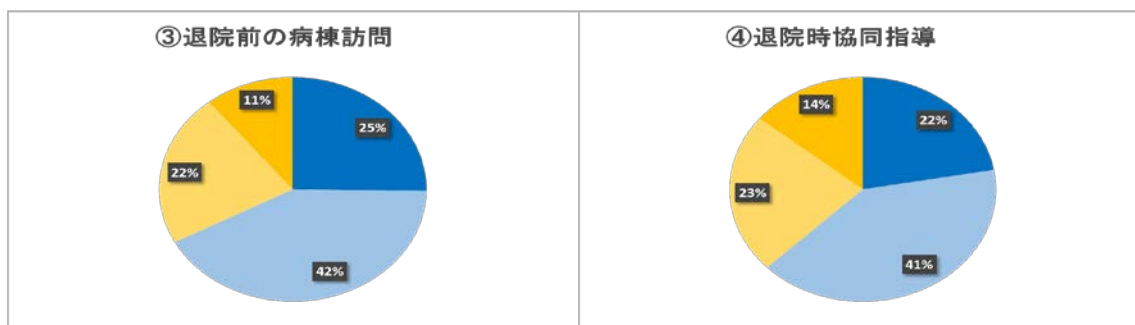
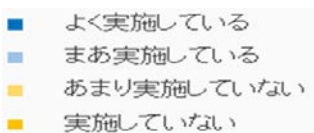
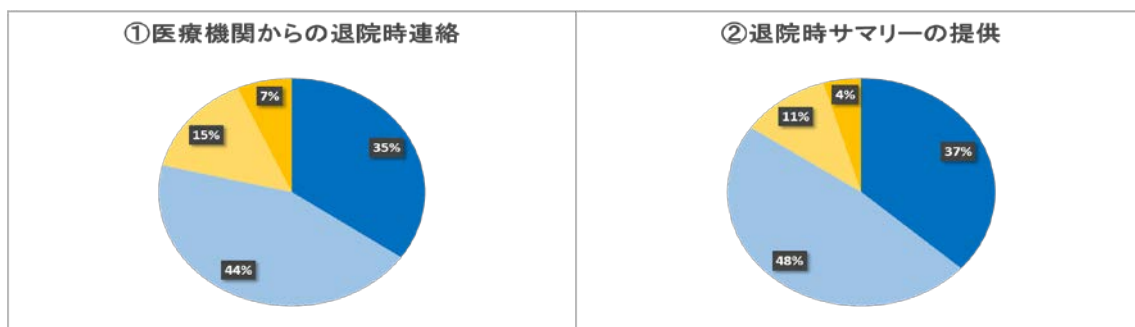
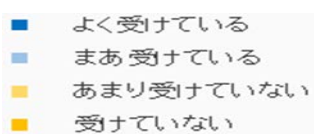
(平成28年度第2回福岡県在宅医療推進協議会資料より)

\*\*\* 福岡県訪問看護ステーション連携強化事業（福岡県委託事業） 報告書より \*\*\*

福岡県訪問看護ステーション連携強化事業調査

- 1 福岡県が福岡県訪問看護ステーション連絡協議会に事業実施主体として委託、及び福岡県立大学看護学部アドバイザー契約として委託
- 2 調査期間 平成 29 年 2 月～3 月 20 日
- 3 調査主体 福岡県保健医療介護部高齢者地域包括ケア推進課  
福岡県訪問看護ステーション連絡協議会  
福岡県立大学看護学部
- 4 調査集計 福岡県立大学看護学部
- 5 調査内容
  - 1) 交流会について （省略）
  - 2) 同行訪問研修について （省略）
  - 3) 訪問看護師意識調査  
県内 448 箇所 訪問看護師 3029 名 を対象  
回答は 1112 名

◆訪問看護ステーションの医療機関との連携（報告書表 8 より）

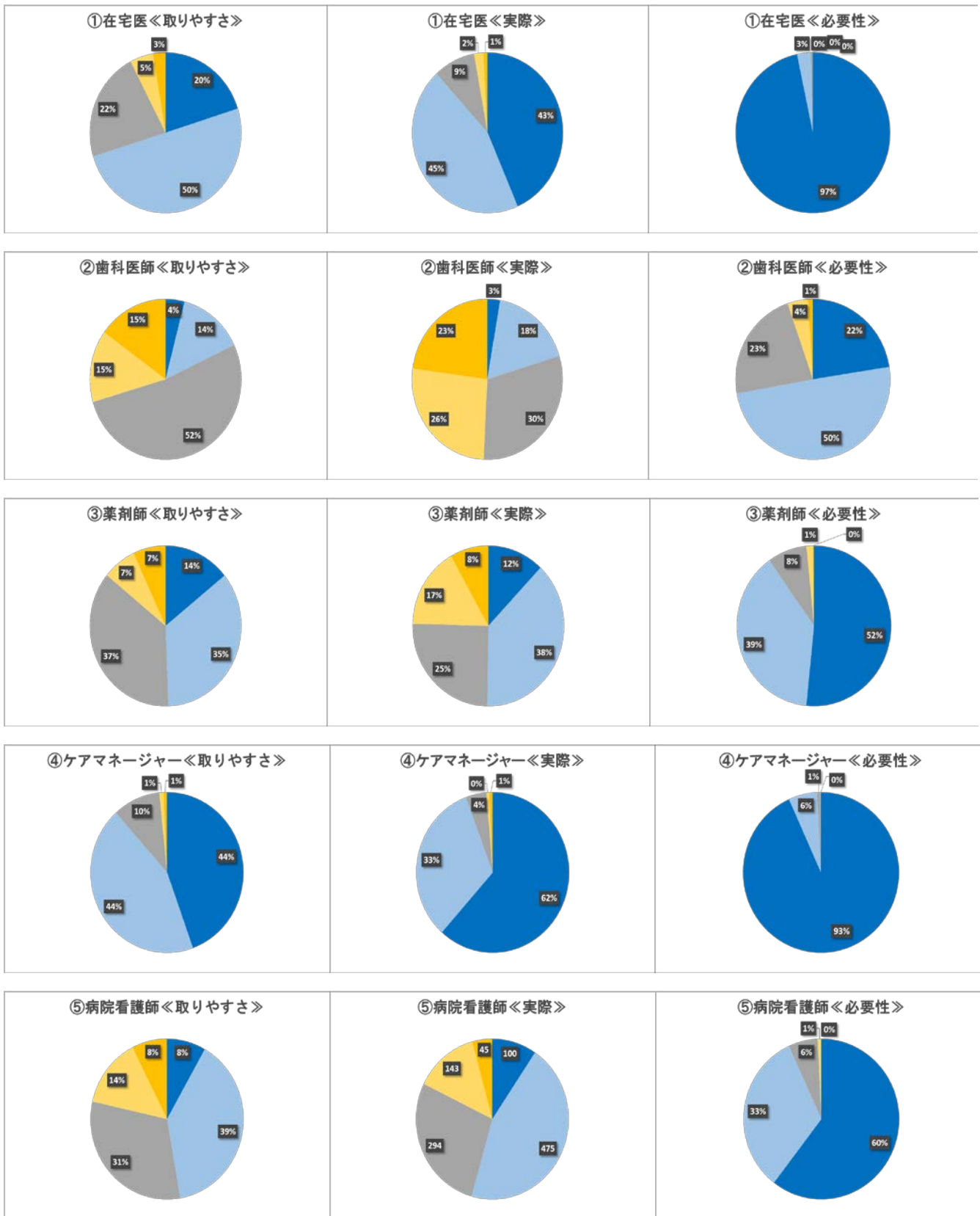


◆訪問看護師における多職種との連携の必要性（報告書表9より）

- とてもとりやすい
- まあとりやすい
- どちらとも言えない
- あまりとりやすすくない
- とりにくい

- とても連携している
- まあ連携している
- どちらとも言えない
- あまり連携していない
- 連携していない

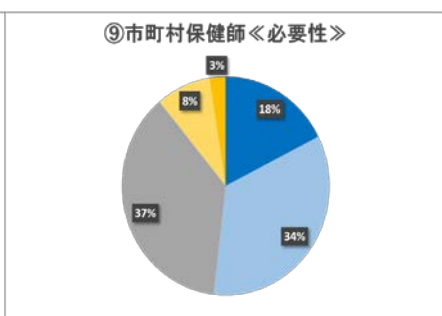
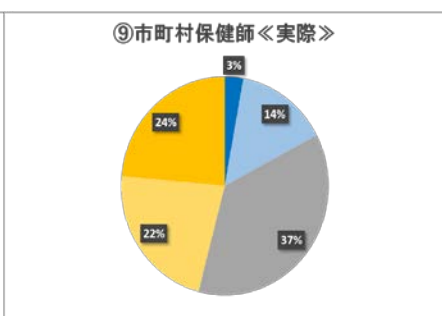
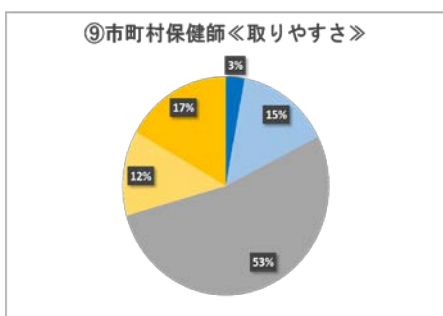
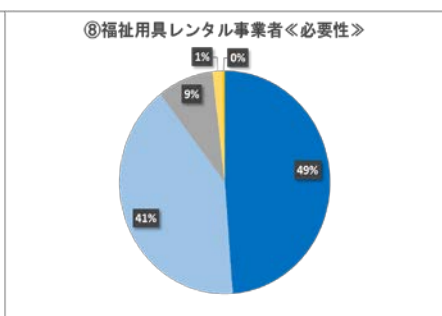
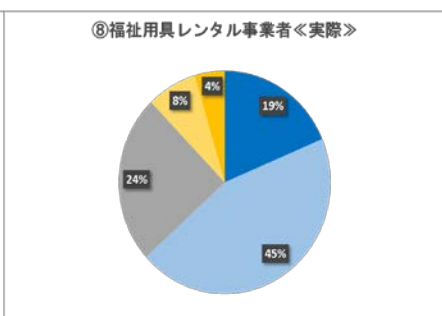
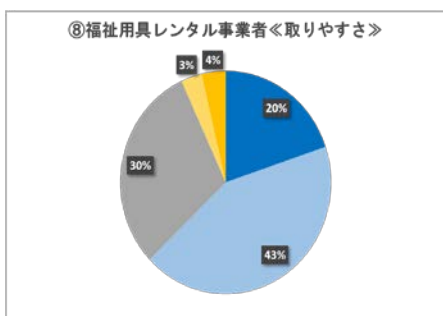
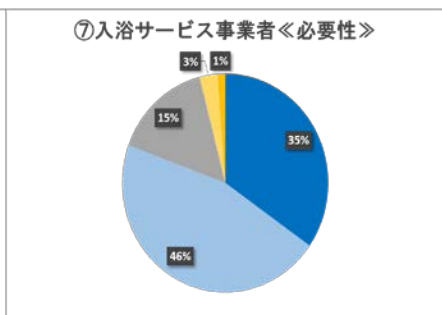
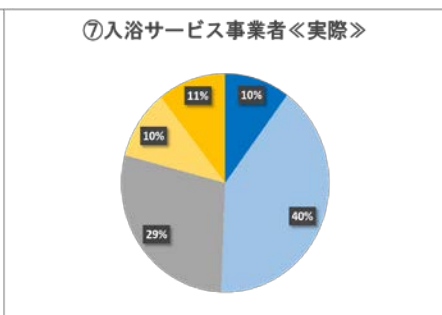
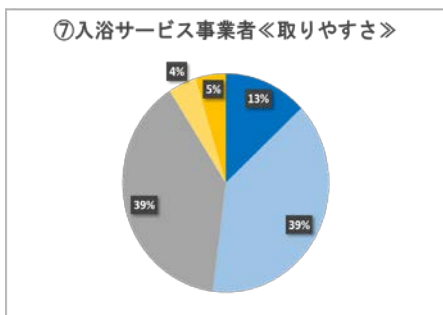
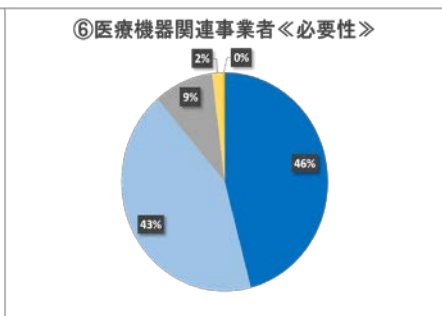
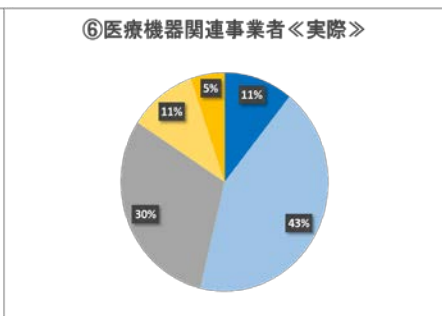
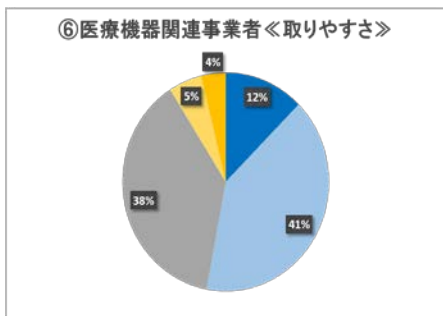
- とても必要
- まあ必要
- どちらとも言えない
- あまり必要ない
- 必要ない



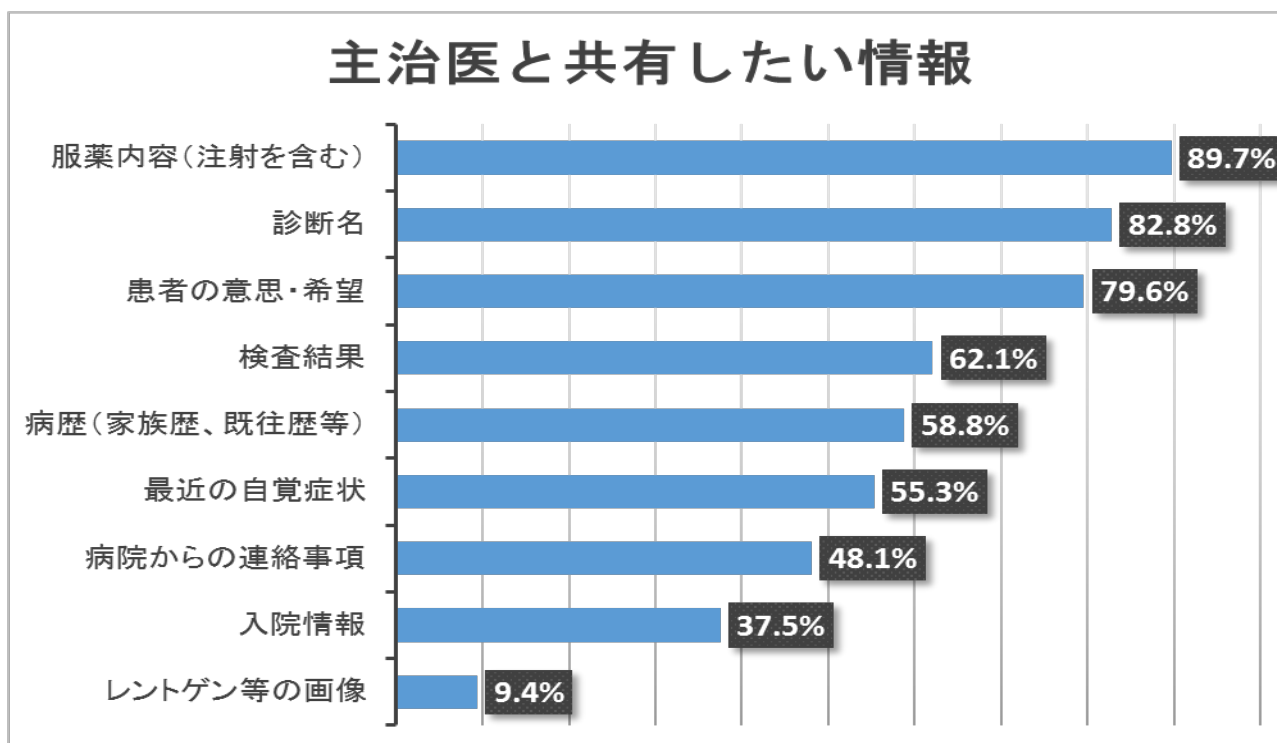
- とてもとりやすい
- まあとりやすい
- どちらとも言えない
- あまりとりやしくない
- とりにくい

- とても連携している
- まあ連携している
- どちらとも言えない
- あまり連携していない
- 連携していない

- とても必要
- まあ必要
- どちらとも言えない
- あまり必要ない
- 必要ない

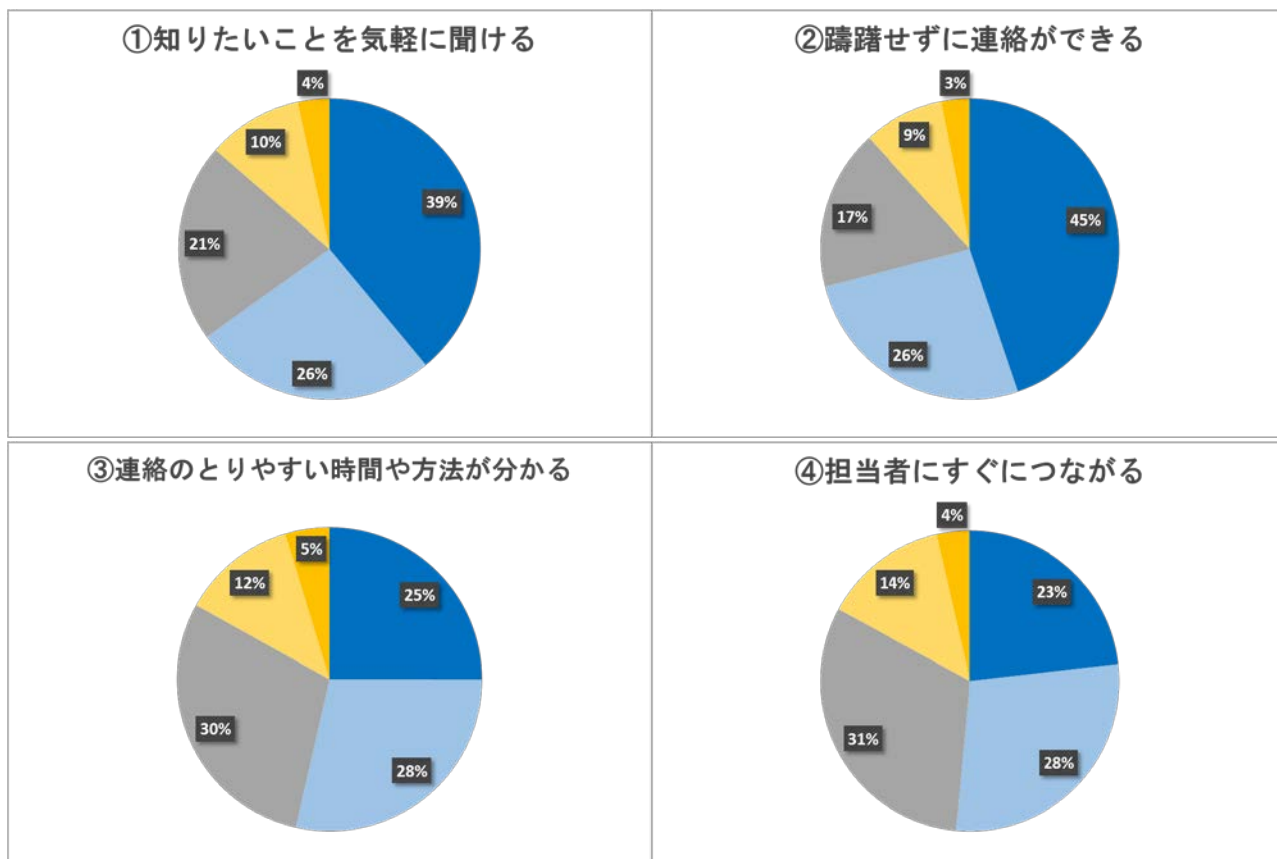


◆主治医と共有したい情報（報告書表 11 より）



◆他の施設関係者と気軽にやり取りができる（報告書表 15 より）

- そう思う
- 少しそう思う
- どちらでもない
- あまりそう思わない
- そう思わない

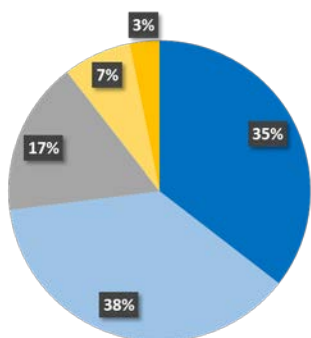




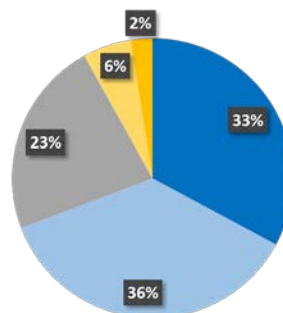
◆地域のリソースが具体的にわかる（報告書表 18 より）

- そう思う
- 少しそう思う
- どちらでもない
- あまりそう思わない
- そう思わない

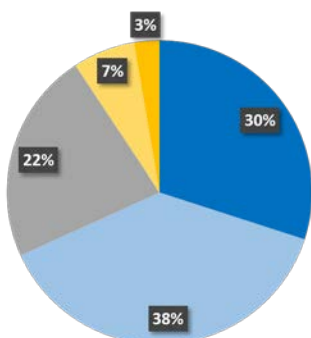
①地域で往診してくれる医師が分かる



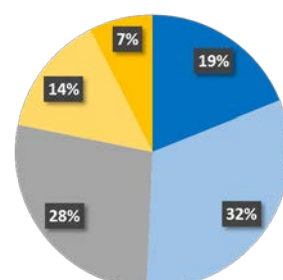
②地域でよくみている訪問看護ステーションが分かる



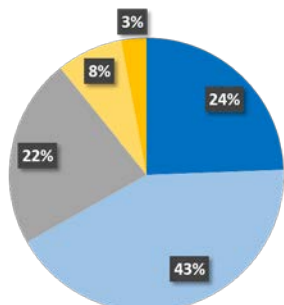
③地域でよくみているケアマネが分かる



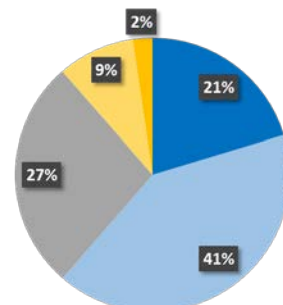
④地域で訪問服薬指導をよく行っている薬局が大体分かる



⑤地域で利用できる介護サービスが大体分かる



⑥（在宅・居宅）で利用できる地域の医療資源やサービスが分かる



## ◆訪問看護ステーション交流会で明らかになった課題

### 経営

- ・利用者獲得のためには他のステーションとは違う特色を出す必要がある。
- ・平成 30 年度の診療報酬・介護報酬同時改訂が行われる予定であるが、各地区での制度や報酬改定の学習会の仕組みを作っておくのはどうか。このことは、新規開設のステーションの制度、報酬の学びの場の提供にもなる。
- ・全く行政からの助成金がなく経営にかなり大変な思いをしている。
- ・立ち上げから 1 年間は助成金システムがほしい。行政において加算システムの改善が必要である。

### 人材確保

- ・子育て世代も働ける環境作りを行政に働きかける必要ある。
- ・良い人材が集まるように、訪問看護の素晴らしさを多方面にアピールしていく。
- ・訪問看護の楽しさが伝わっていないので、訪問看護の特色・セールスポイントなどしっかりアピールしていく。
- ・若いスタッフが多いステーションより、募集内容についてのアドバイスをする。
- ・ライフスタイルに合わせて働き方を選べる。
- ・子育て世代への応援として、休みを取りやすいような職場環境作りや管理者が率先して有休取得する。
- ・看護補助者を採用し、看護師の負担を軽減する。
- ・24 時間体制の整備や訪問看護師の精神支援が必要である。
- ・疲弊していく担当者をどのようにフォローしていくか課題である。
- ・スタッフの離職をさけるため残業を減らすための工夫やソフト・ハード面の充実を図る。
- ・制度の改正により、報酬・加算等があがることで看護師確保も可能になるのではないかな。

### スキルアップ

#### (人材育成)

- ・現在の状況であるならば、新人研修や同行訪問を繰り返し行うことができない。人材育成においては一般的には、長期的視野に立って現実に職場に貢献できる人材を育成する。単に教育、訓練といった狭義の活動としない。
- ・主体性や自立性をもった人、一般的能力の向上を図り経営者のような意識が持てるような人材が必要である。
- ・卒後すぐに在宅で働くことも視野に教育体制を整える。
- ・連絡会等で互いに研修計画や、同行訪問など情報交換し、取り組んでいく。スタッフの質向上のための研修会を連絡会でも計画、実施していく。
- ・人材育成における教育効果は、事例を積み重ね、事例検討会などを共有することにより効果がある。看護師の質の向上や意識の変化は、研修会をおこなってもすぐに効果はでない。事例検討など研修会の積み重ねにより徐々にステーションとして力がついていくものである。ステーションが力をつけその役割を果たすことが、地域包括ケアの推進にもつながるのではないかな。(グループワークやアンケートの結果から)。
- ・看護師のコミュニケーション能力に差があり、向上する努力が必要である。

### (マニュアル)

- ・家族に看取りをどう説明するかオリエンテーションの内容、マニュアルが必要である。
- ・ケアが統一できるように細かい手順書を作成する。意志や意識の統一を図る。プリセプターや管理者に相談しやすい雰囲気を作り、不安の軽減を図る。
- ・手順書作成。特に複雑なケアが必要な利用者は手順書内容について関係スタッフで共有する。
- ・業務に慣れ、在宅看護の意義を理解し仕事の意味を見いだせるような新任向けマニュアルを作成したいとワーキンググループで取り組んでいる。
- ・契約時からの複数担当制について利用者へ説明と理解を得る。誰もが同じケアを提供できるようにする。

### (研修)

- ・研修に出向くばかりが学習ではなく、ネットや書籍・専門の DVD などもあることを認める姿勢が必要である。研修に行くスタッフが行きやすいように、スタッフ全員で仕事を調節する。
- ・訪問看護師の力量形成、特に、多職種連携が必要。また、小児在宅ケアやグリーフ等を充実させるためには、スタッフのスキルアップやモチベーションアップが重要となる。
- ・看護ケアの質の向上を図るための研修会をおこなっていく。
- ・精神疾患を持った対象者の対応について学ぶ必要がある。
- ・マニュアル+手順書を作成し時々改訂する。研修に参加する。
- ・養成研修受けさせたいが、時間数が多く難しい。
- ・同行訪問を行っていく必要がある。

### 訪問看護ステーション同士の連携

- ・もっと情報を共有できるシステム（ソフト・ハード）の構築をはかり、連携や協力を取りやすい体制を作っていけるよう努力が必要である。
- ・お互いのステーションのいいところ、不足しているところなど交流会で情報共有して課題解決をしていくことが必要である。
- ・ステーション同士のつながりが大切である（顔のみえる関係づくり）。
- ・制度的に困った時は、このように事業所と事業所が連携し相談できる環境が必要である。
- ・大規模と小規模のステーションが連携し看取り・難病等の看護の質を高めたい。
- ・在宅看取りの実績を各事業所で経験できるようにしたい。
- ・24 時間対応をしていないステーションの理由を確認し、対応策を考え、24 時間対応ステーションが増えるようにしていく。
- ・連携や協力をしているステーション間で 24 時間連携体制加算などを新しく設けることで、訪問看護ステーション間の連携について意識することができるのではないかと。
- ・複数個所訪問看護ステーションについて、お互い協力できるとよいが、情報交換などの連携方法を整える必要がある。
- ・違う事業所同士が連携をとっていきしか方法がない。1 事業所では山間部の多いこの地域を支えていく事は難しい。しかし、それぞれの法人の考え方があり容易に連携できないことが今後の検討課題である。
- ・タブレットなどで情報を管理して情報共有しやすい状況にすることで、誰もが対応しやすい状況にすることや、

複数の訪問看護ステーションと連携が図りやすくなる。オンコール体制もまわすことができるため、人員不足しているステーションが多い中、協力し合うことができるのではないかと。

### 看取りの課題

- ・ 病院で訪問看護の必要性が浸透させていく。
- ・ 在宅における看取りに対する知識がない。訪問看護師が入院から関わりが持てるシステムを構築させる。
- ・ 看取りを支えるためにボランティアを増やす。
- ・ 訪問看護ステーションの問題だけでなく居宅介護支援事業も問題なのかもしれない。まずは看取りに関する価値観の共有が必要である。24時間ずっと関わるのが、寄り添う事ではなく、利用者様が何を求めているのかが大切である。亡くなっていくことを自然と受け入れる感性を介護支援専門員も持ちながら訪問看護と連携をとっていく必要がある。
- ・ ターミナルに関わる関係機関・関係者について、病院の医師、看護師に医療について知らせていく必要がある。
- ・ 医師、家族、看護師の連携。医師の病状説明の際に立ち会う。医師を交えて利用者の相談にのる。
- ・ 在宅看取りにおいて、看護のアセスメント力を高めることや主治医との連携強化が必要である。

### 本人・家族について

- ・ 終末期に家族との連携や対応を決めることができるか。在宅看取りの住民啓発が必要である。
- ・ 家族や住民の在宅看取りに対する認識が低い啓発が必要である。
- ・ 訪問看護に対する市民啓発も同時進行していく必要がある。
- ・ 死期の指導については、早期にパンフレットなど視覚効果の高い媒体で生活の中で行う。
- ・ 退院される患者様・家族様の精神的フォローが大切である。
- ・ 看取りの変化や死期を分かるように確実に伝える。タイムリーな家族への指導が必要である。

### 多職種との連携

- ・ 災害に関する研修に参加して知識を身につける。シミュレーションや災害訓練を実施する。災害訓練（DIG訓練）を日頃から行い、（地域住民を含めて）HPから災害MAPを入手する。事務所倒壊の場合スタッフ間での災害時集合場所を決定する。
- ・ かかりつけ医と連携していく中で意識改革への働きかけが必要である。
- ・ 主治医からの説明不足に対して、どのようにサポートしていけばよいかについて検討していく必要がある。
- ・ 医師と薬局もつながる必要性あり。ターミナルは訪問看護師のコーディネイト力が必要である。
- ・ 現在、多くの重症児が在宅へ戻ってきているが地域でこのような取り組みをすることで、より多くの重症児をみていくことができる。新規事業所も怖がらずにトライできるのではないかと。
- ・ 早い段階で「看護」を導入する必要がある。
- ・ ケアマネのレベルアップと退院調整看護師の養成が必要である。
- ・ 事前に予測される症状に対する方法を打ち合わせておくなど。
- ・ ケアマネ協議会に研修をするとよいが、来る人は決まっているという課題もある。

- ・医師にも、研修に参加して頂き顔の見える関係を作る機会にする。
- ・介護保険のケアマネージャーへの周知や利用推進を働きかける。
- ・一般市民やケアマネージャーへ訪問看護のPRを実施し、サービス内容の周知や利用促進を行う。
- ・介護保険の認定調査の段階でも、訪問看護につなげられればよいと考える。

#### その他

- ・スタッフ間の情報共有を図っていくことが必要である。
- ・24時間対応体制を推進させるためには、今回参加できなかった事業所等へ本事業をどのように浸透させるかである。

